



Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation,
la science et la culture

RÉSUMÉ

LES JEUNES AUJOURD'HUI. IL EST TEMPS D'AGIR.

Pourquoi les adolescents et les jeunes d'Afrique orientale et australe ont besoin d'une éducation sexuelle complète et de services de santé sexuelle et reproductive.

En partenariat avec :



Publié en 2013 par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, France

© UNESCO 2013

Œuvre publiée en libre accès. La distribution gratuite ou à des fins commerciales est autorisée sous réserve que la source originale (i.e. *Young People Today. Time to Act Now - Why adolescents and young people need comprehensive sexuality education and sexual and reproductive health services in Eastern and Southern Africa*, UNESCO) soit dûment citée et que le contenu ne soit aucunement modifié. La présente licence s'applique exclusivement aux contenus textes de la publication. Toute traduction ou création d'une œuvre dérivée ainsi que l'utilisation de contenus (textes, images, illustrations ou graphiques) n'étant pas clairement identifiés comme appartenant à l'UNESCO, devra faire l'objet d'une demande préalable d'autorisation auprès de l'UNESCO : publication.copyright@unesco.org ou Éditions UNESCO, 7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, France.

Titre original : *Young People Today. Time to Act Now - Why adolescents and young people need comprehensive sexuality education and sexual and reproductive health services in Eastern and Southern Africa*
Publié en 2013 par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

Les désignations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'UNESCO 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 et n'engagent en aucune façon l'Organisation.

Pour accéder au rapport complet en anglais sur lequel est basé ce résumé : www.unesco.org/aids

Pour plus d'information, contacter :

Section de l'éducation concernant le VIH et la santé
Division de l'éducation pour la paix et le développement durable

UNESCO
7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, France
Email: aids@unesco.org

Crédits photos :

Photo de couverture : © International HIV/AIDS Alliance
Elèves d'une école à Chipata, Zambie, où l'éducation sur la santé et les droits sexuels et reproductifs fait partie du programme scolaire.

p. 21 © International HIV/AIDS Alliance
p. 28 © Nell Freeman for International HIV/AIDS Alliance
p. 41 © Mohamed Amin/A24 Media/Africa Media Online
p. 46 © IPPF/Paul Bell/Uganda

Imprimé en France

ED-2013/WS/31

LES JEUNES AUJOURD'HUI. IL EST TEMPS D'AGIR.

Pourquoi les adolescents et les jeunes d'Afrique orientale et australe ont besoin d'une éducation sexuelle complète et de services de santé sexuelle et reproductive.

PROLOGUE

Le présent rapport est dédié à la mémoire du Dr Douglas Bernard Kirby – ancien chercheur scientifique principal chez ETR Associates – qui est décédé le 22 décembre 2012, à l'âge de 69 ans, lors de l'ascension du Cotopaxi, en Équateur.

Le Dr Kirby était l'un des meilleurs experts mondiaux en matière d'éducation sexuelle. Il a écrit plus de 150 articles, chapitres et monographies, et travaillé avec des gouvernements nationaux, la société civile et des organismes des Nations Unies pour renforcer les programmes d'éducation sexuelle à travers le monde entier. En tant que membre fondateur du Groupe consultatif mondial de l'UNESCO sur l'éducation sexuelle, il fut le principal concepteur des *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé* (UNESCO, 2009a). En outre, il aida à concevoir un vaste programme de travail d'envergure mondiale sur tous les aspects de l'éducation sexuelle, qui a redynamisé la réponse du Secteur de l'éducation au VIH et au sida. Il a aussi travaillé en étroite collaboration avec des partenaires des Nations Unies et des ministères de l'Éducation afin de renforcer les capacités et d'apporter un soutien intensif pour développer à plus grande échelle l'éducation sexuelle en Afrique orientale et australe – région la plus durement touchée par l'épidémie de VIH.

Le Dr Kirby était titulaire d'un Doctorat en sociologie obtenu en 1975 à l'Université de Californie à Los Angeles (UCLA). Au cours des 25 dernières années, il a travaillé comme chercheur scientifique principal chez ETR Associates en Californie, États-Unis d'Amérique. Au cours de sa carrière professionnelle, il a publié les analyses systématiques les plus importantes sur l'efficacité de l'éducation sexuelle, l'éducation aux relations sexuelles et l'éducation au VIH dans les écoles. Il est largement reconnu comme le meilleur expert mondial dans le domaine des normes relatives aux programmes d'éducation à la sexualité, aux relations sexuelles et au VIH. Il a établi un panorama plus détaillé et plus complet des facteurs de risque et de protection relatifs au comportement sexuel des jeunes, à l'utilisation de contraceptifs et à la grossesse, et identifié les principales caractéristiques communes des programmes d'éducation sexuelle et d'éducation au VIH reconnus efficaces.

Par ailleurs, il fut un défenseur passionné, attentif et enthousiaste de l'éducation, de la santé et des besoins des jeunes. On se souviendra de son intégrité professionnelle, de son amour de la vie et de son engagement pour parvenir à un monde meilleur.

Vous trouverez plus d'informations sur les travaux du Dr Kirby à l'adresse suivante : <http://www.etr.org/more-about-doug-kirby#obit>.

TABLE DES MATIÈRES

Prologue	2
Acronymes	5
Remerciements	7
1. Introduction	8
2. Résultats	12
3. Éducation sexuelle	21
4. Services de santé sexuelle et reproductive	28
5. Questions relatives au genre, aux droits et contextuelles	41
6. Recommandations	46
Annexe : Profils de pays	53
Bibliographie	113

FIGURES ET TABLEAUX

Figures

Figure 1.1	Liens entre santé, éducation et environnement favorable	9
Figure 1.2	Initiative en faveur de l'engagement des ministres des pays d'Afrique orientale et australe	10
Figure 1.3	Carte des pays participant à l'Initiative en faveur de l'engagement des ministres des pays d'Afrique orientale et australe	11
Figure 2.1	Explosion démographique de la jeunesse	12
Figure 2.2	Pourcentage de filles susceptibles d'achever leur scolarité primaire (données 2007-2009)	13
Figure 2.3	Taux de rétention prévu d'une cohorte de filles en dernière classe du primaire et en première classe du secondaire dans certains pays d'Afrique orientale et australe, 2010	14
Figure 2.4	Rapports sexuels avant 15 ans, par statut OEV (15-17)	15
Figure 2.5	Connaissances complètes sur le VIH et le sida chez les jeunes de 15 à 24 ans	17
Figure 2.6	Incidence du VIH chez les jeunes d'Afrique orientale et australe	18
Figure 2.7	Pourcentages des femmes déjà mères à 15, 17 et 19 ans (données DHS)	19
Figure 4.1	Pourcentage de demandes satisfaites par les méthodes modernes de planification familiale (toutes femmes confondues)	32
Figure 4.2	Utilisation de préservatifs par des femmes sexuellement actives (15-19 ans) lors de leur dernier rapport sexuel	33
Figure 4.3	Proportion d'adultes de 18 à 49 ans soutenant l'éducation au préservatif pour les 12-14 ans	34
Figure 4.4	Pourcentage des femmes et des hommes âgés de 15 à 24 ans qui savent où faire un test du VIH, et pourcentage de ceux qui ont déjà fait un test	36
Figure 6.1	Évolution des besoins des adolescents et des jeunes en fonction de leur cycle de vie	48
Figure 6.2	Bien-fondé d'interventions précoces sur l'éducation sexuelle/au VIH et la SSR	50

Tableaux

Tableau 1.1	Pays participant à l'Initiative en faveur de l'engagement des ministres des pays d'Afrique orientale et australe	11
Tableau 3.1	Vue d'ensemble de l'évaluation des programmes d'éducation sexuelle de 10 pays : identifier les lacunes en termes de contenu et d'approche	23
Tableau 5.1	Progrès vers la mise en œuvre du Baromètre de la SADC sur le genre et le développement 2013	42

ACRONYMES

BMZ	Ministère Fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement
CAE	Communauté d'Afrique de l'Est
CDV	Conseil et dépistage du VIH volontaire (CDV)
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CMMV	Circoncision masculine médicale et volontaire
CPD	Commission de la Population et du Développement
CRC	Convention relative aux droits de l'enfant
DHS	Enquêtes démographiques et de santé
DIU	Dispositif intra-utérin (ou stérilet)
ESA	Afrique orientale et australe
FODI	Fonds de l'OPEP pour le développement international
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
IPPF	Fédération Internationale pour le planning familial
IST	Infection sexuellement transmissible
LGBTI	Lesbien, gay, bisexuel, transgenre, intersexué
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
SACMEQ	Consortium de l'Afrique australe et orientale pour le pilotage de la qualité de l'éducation
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIDA	Agence Suédoise de Coopération Internationale pour le Développement
SIGE	Système d'information sur la gestion de l'éducation
SSR	Santé sexuelle et reproductive
UA	Union Africaine
UN	Nations Unies
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

Les recherches initiales ayant servi pour le rapport régional ont été conduites par Health and Development Africa Ltd, sous l'égide de Philip Browne. Yong Feng Liu, Joanna Herat, Dhianaraj Chetty et Christopher Castle de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) ont été chargés de la révision du rapport, avec le soutien éditorial de Scott Pulizzi, Audrey Kettaneh, Schéhérazade Feddal et Mathew Birch. Patricia Machawira, Maryanne Ombija et Victoria Kisaakye, de l'équipe régionale de l'UNESCO à Johannesburg, ont revu les différentes versions et fourni des informations précieuses sur celles-ci et sur les questions techniques. Asha Mohamud, Mary Otieno et Mona Kaidbey (Fonds des Nations Unies pour la population – UNFPA), Jane Ferguson et Nuhu Yaqub (Organisation mondiale de la Santé – OMS), Susan Kasedde, Rick Olson, Tom Fenn et Josee Koch (Fonds des Nations Unies pour l'enfance – UNICEF), Shanti Conly (Agence des États-Unis pour le développement international – USAID), et Harriet Birungi (Population Council) ont examiné le rapport et participé à sa révision. Les responsables nationaux du projet sur le VIH et l'éducation de l'UNESCO et d'autres partenaires des Nations Unies ont été chargés d'aider à la collecte de données et à la validation des rapports de pays à travers la région.

Ce projet a aussi été réalisé grâce à un large éventail d'informations recueillies lors d'une réunion du Groupe de coordination technique, qui s'est tenue à Johannesburg les 31 janvier et 1^{er} février 2013. Étaient notamment présents à cette réunion les partenaires suivants : des représentants régionaux du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), des partenaires de UNFPA, de l'UNICEF et de l'OMS, ainsi que de l'Église de Suède, de la Communauté d'Afrique de l'Est (CAE), de la Fondation Ford, de la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), de Health and Development Africa Ltd, d'INERELA+, du Bureau régional pour l'Afrique de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), de Rebranding HIV, de l'Agence Suédoise de Coopération Internationale pour le Développement (SIDA) et de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC).

Après deux consultations de la société civile menées avec succès au niveau infrarégional à Johannesburg et Dar es Salam, pendant lesquelles le rapport a été examiné en détail, un certain nombre de révisions majeures ont été intégrées. D'importantes contributions supplémentaires ont été recueillies au cours d'une Réunion de Haut Niveau qui s'est tenue au Botswana, en juillet 2013, sous la direction du professeur Sheila Tlou (ONUSIDA). Une liste des organisations de la société civile consultées figure dans le rapport intégral.

L'UNESCO remercie vivement le ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ), le Fonds de l'OPEP pour le développement international (FODI), les gouvernements de Suède et de Norvège, l'UNFPA, l'UNICEF, la Fondation Ford et l'IPPF pour leur engagement et leur soutien financier.

1. INTRODUCTION

Le présent rapport est la synthèse d'un *Rapport régional* approfondi sur la situation de l'éducation et de la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents et des jeunes d'Afrique orientale et australe. Le rapport complet peut être consulté en ligne à l'adresse suivante : www.unesco.org/aids.

1.1. Contexte

Dans chaque société, les adolescents et les jeunes¹ représentent l'avenir. Un renforcement de l'éducation et des mesures de santé publique permet d'améliorer considérablement leur santé et leur développement (Lancet, 2012). Pour la plupart des adolescents et des jeunes, cette période de leur vie est marquée par une grande vitalité, une envie de découvrir et d'innover. L'adolescence est aussi la période de la puberté – pendant laquelle de nombreux jeunes connaissent leur première relation amoureuse et sexuelle, où les prises de risques sont accrues et où il devient très important de s'intégrer à son groupe de pairs. Ce peut être aussi une période difficile pour les jeunes. Ils prennent conscience de leurs droits et de leurs besoins sexuels et reproductifs, et dépendent de leurs familles, pairs, écoles et prestataires de services de santé pour obtenir des réponses, des conseils et des informations qui leur permettront d'acquérir les compétences nécessaires pour passer à l'âge adulte – ce qui n'est pas toujours facile. Cette transition peut catalyser tout un ensemble de problèmes, notamment des infections à VIH, d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), des grossesses non désirées, un niveau d'éducation faible ou un abandon de l'école ou de toute autre formation. Ces problèmes liés à la santé physique et à d'autres domaines non liés à la santé peuvent aussi être associés à un ensemble de problèmes psychosociaux susceptibles d'influer de façon négative sur le développement et le bien-être des jeunes, en particulier des jeunes femmes. S'il est vrai que les garçons et les jeunes hommes acquièrent des droits et des pouvoirs sociaux dans cette transition à l'âge adulte, au contraire, les filles et les jeunes femmes dans de nombreuses sociétés perdent leurs droits et luttent pour obtenir les atouts dont elles auront besoin à l'avenir.

Au plan mondial, l'Afrique subsaharienne demeure la région la plus durement touchée par l'épidémie de VIH, en dépit des signes positifs qui indiquent une diminution globale de la prévalence du virus chez les jeunes de la région (ONUSIDA, 2011, p 53). Le nombre élevé des nouvelles infections parmi les jeunes en Afrique orientale et australe demeure un problème grave, tout comme le fait que la majorité des adolescents et des jeunes qui vivent avec le VIH grandissent dans cette même région. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH – notamment les attitudes fondées sur les lois et politiques – continuent de freiner les réponses de la région à l'épidémie, en empêchant les jeunes d'avoir accès à un ensemble de services essentiels de santé sexuelle et reproductive. Bien qu'étant la région où la prévalence du VIH est la plus élevée parmi les adolescents et les jeunes, le niveau des connaissances sur le virus demeure obstinément faible. Associées à des systèmes de protection et de santé sexuelle et reproductive fragiles ainsi qu'à des services de santé destinés aux adolescents insuffisamment développés, les pratiques courantes – telles que les rapports sexuels précoces et le mariage des enfants, les taux élevés d'abandon de l'école primaire et les faibles taux de passage dans le secondaire, les rapports sexuels intergénérationnels et les relations sexuelles transactionnelles – se combinent pour créer des difficultés considérables qui entravent les droits à l'éducation et à la santé des adolescents et des jeunes de la région.

Récemment, un certain nombre d'engagements et de déclarations politiques aux niveaux régional et mondial ont souligné de façon répétée les liens qui existent entre santé sexuelle et reproductive, éducation et services – en termes de satisfaction des droits et de réponse aux besoins de développement des adolescents et des jeunes. L'important est que ces déclarations

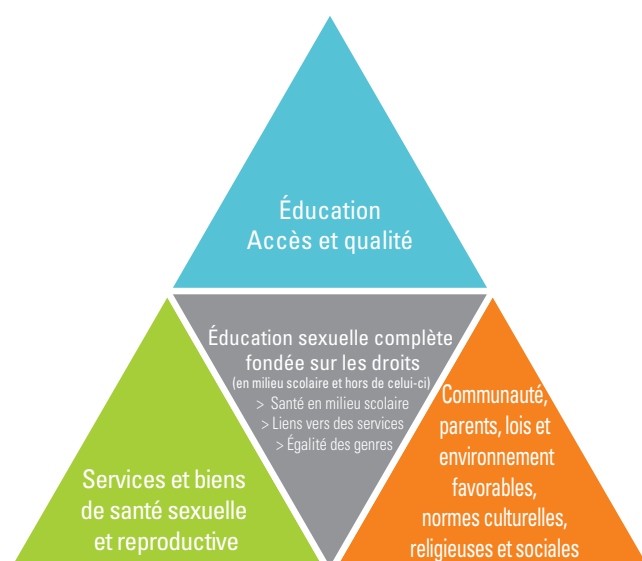
¹ Le présent rapport est axé sur les adolescents et les jeunes – lesquels sont généralement définis comme ayant de 10 à 24 ans. Conscient que chaque jeune peut évoluer très différemment au cours de ce cycle de sa vie, il tient parallèlement compte de la nécessité de s'adapter en conséquence.

proviennent à la fois du secteur de l'éducation et du secteur de la santé, et promeuvent le déploiement d'une éducation sexuelle complète ainsi qu'un plein accès aux services de santé sexuelle et reproductive nécessaires. Le programme d'action élaboré lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD en 1994) souligne l'importance de l'éducation sexuelle « à la fois en milieu scolaire et hors milieu scolaire » en tant que compétence vitale de base dont tous les jeunes ont besoin. En outre, la Conférence demande l'instauration de mécanismes de responsabilisation transparents et participatifs pour suivre la mise en œuvre des programmes d'éducation sexuelle. Plus récemment, la Commission de la population et du développement (CPD) ainsi que différents engagements et déclarations axés sur l'Afrique ont clairement exposé un débat fondé sur les droits des jeunes relatif à la nécessité d'une éducation à la santé sexuelle et reproductive (Commission de la population et du développement, 2012). Le Plan d'action de Maputo conduit par la Commission africaine (2006) et la Déclaration de Maseru sur la lutte contre le VIH/sida dans la région de la SADC (2003) constituent deux exemples particulièrement pertinents qui ciblent la région. En outre, l'Initiative mondiale pour l'éducation avant tout du Secrétaire général des Nations Unies a clairement indiqué qu'une éducation de bonne qualité (incluant une éducation au VIH) était fondamentale pour améliorer les résultats sanitaires, progresser vers l'égalité des sexes, les opportunités économiques et le développement durable. L'éducation à la citoyenneté mondiale est l'un des trois piliers de l'Initiative : l'autonomisation des jeunes, la promotion des droits humains et l'égalité des sexes constituent une composante fondamentale de l'éducation à la citoyenneté à laquelle une éducation sexuelle complète contribue fortement. La Consultation mondiale sur l'éducation, dans le débat post-2015, a désigné la santé reproductive comme un droit important et fait la lumière sur les liens qui existent entre le niveau d'éducation et la situation en matière de SSR. Le rapport a mis en évidence l'importance de la contribution d'une éducation sexuelle complète à la prévention des grossesses non désirées, des brutalités et maltraitements, et de la violence basée sur le genre.

Parallèlement, les jeunes de la région veulent de plus en plus avoir accès à une éducation sexuelle complète et à des services de santé de bonne qualité, comme indiqué dans l'Appel à l'action du Mali, la Déclaration du Forum mondial de la Jeunesse de Bali et les consultations régionales post-2015 sur l'éducation ainsi que via de nombreuses autres plates-formes.

Bien que le secteur de la santé et le secteur de l'éducation aient des missions bien différentes, il existe des points de convergence naturels autour des besoins des adolescents et de jeunes – lesquels incluent la question de la santé en milieu scolaire, le rôle essentiel joué par l'éducation pour le développement de populations en bonne santé et la responsabilité commune des deux secteurs pour garantir qu'une mauvaise santé ne fait pas obstacle à l'accès à l'éducation. Les relations entre ces secteurs sont essentielles pour garantir une approche holistique. D'autres secteurs peuvent aussi avoir une influence dans la mise en place d'un environnement favorable pour la SSR des jeunes.

Figure 1.1 Liens entre santé, éducation et environnement favorable



1.2. L'Initiative en faveur de l'engagement des ministres des pays d'Afrique orientale et australe

À la fin 2011, sous l'égide de l'ONUSIDA et avec l'appui du ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ) et des communautés économiques régionales (CAE et SADC), l'UNESCO a lancé une initiative visant à élaborer et mettre en œuvre un engagement axé sur les besoins et les droits des adolescents et des jeunes, ciblant les services qui leurs sont destinés, leur éducation et leur santé sexuelle et reproductive. L'Initiative a ensuite été élargie et intègre maintenant des partenaires fondamentaux de l'ONU et des organisations de la société civile de toute la région, avec un appui technique et financier important de la Suède, la Norvège, l'UNFPA, l'UNICEF, la Fondation Ford et la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF). Cette initiative s'est inspirée d'un projet similaire conduit par le gouvernement du Mexique avant la Conférence internationale sur le sida de 2008 – qui fut à l'origine d'une déclaration ministérielle ouvrant la voie à l'éducation sexuelle en tant que moyen pour répondre à l'épidémie de VIH et réaffirmer les liens avec les services.

Figure 1.2 Initiative en faveur de l'engagement des ministres des pays d'Afrique orientale et australe

<p>L'Initiative en faveur de l'engagement des ministres des pays d'Afrique orientale et australe est conduite par le Professeur Sheila Tlou, Directrice, Équipe ONUSIDA d'appui à l'Afrique orientale et australe, avec le soutien d'un groupe de coordination technique incluant des partenaires des Nations Unies, de la société civile et bilatéraux.</p>		<p>Depuis sa création, les partenaires ont achevé avec succès deux consultations infrarégionales auprès de la société civile ainsi qu'un certain nombre de réunions de validation au niveau des pays - qui ont permis d'examiner des rapports axés sur les pays et de fournir des recommandations pour agir.</p>
<p>Un Groupe de haut niveau présidé par le Professeur Tlou et comprenant des dignitaires régionaux, tels que l'ancien Président Festus Mogae (Botswana) et Mama Salma Kikwete (Première Dame de Tanzanie), ainsi que plusieurs experts et dirigeants régionaux, orientera cette initiative au niveau politique, avec pour point d'orgue la signature d'un engagement des ministres lors de l'ICASA 2013 au Cap, en Afrique du Sud.</p>	<p>Des informations complémentaires sur l'Initiative en faveur de l'engagement des ministres des pays d'Afrique orientale et australe sont disponibles à l'adresse : http://www.unesco.org/new/en/hiv-and-aids/our-priorities-in-hiv/sexuality-education/east-and-southern-africa-commitment/</p>	

L'objectif des partenaires participant à cette initiative est d'obtenir un engagement des ministres de la santé et de l'éducation de 21 pays d'Afrique orientale et australe. Pour fédérer les deux secteurs autour d'un programme commun, le présent rapport tente de présenter une évaluation actualisée des principales tendances des statistiques, des données factuelles et des problèmes qui ont un impact sur les besoins en matière de santé et d'éducation des adolescents et des jeunes de la région. Il devrait permettre d'éclairer les discussions au niveau régional et à l'échelon des 21 pays, et d'éclairer parallèlement la réponse de tous les partenaires qui participent à cette initiative et aux mesures de soutien mises en place ultérieurement dans les pays.

1.3. Objet et structure du présent rapport de synthèse

Le Rapport a été établi pour soutenir l'initiative en faveur de l'engagement des ministres d'Afrique orientale et australe, pour fournir une évaluation régionale de la situation actuelle du VIH, de l'éducation sexuelle et des services de santé sexuelle et reproductive destinés aux adolescents et aux jeunes, et pour proposer une base de données factuelles pour débattre de l'évolution des mesures et des programmes ciblant les adolescents et les jeunes en Afrique orientale et australe.

Le rapport aborde tous les problèmes auxquels les adolescents et les jeunes sont confrontés, et les mesures et les programmes qui influent sur leur avenir – en termes de santé, d'éducation et de citoyenneté mondiale. Il arrive trop souvent que les besoins des adolescents et des

jeunes en matière de santé et d'éducation soient traités comme des questions qui s'excluent mutuellement. Comme ce rapport le montre, le moment est venu de dépasser cette division artificielle et de concentrer et d'associer plutôt nos efforts autour d'une vision unificatrice, celle d'un Africain jeune, citoyen du monde de demain, en bonne santé, résilient, socialement responsable, décideur autonome et capable d'exploiter tout son potentiel et de contribuer au développement de sa communauté, de son pays et de sa région.

Cette synthèse présente un résumé des conclusions du Rapport régional. Elle couvre la situation sanitaire et sociale des adolescents et des jeunes de la région, notamment les questions d'accès à l'éducation, de connaissances sur le VIH, de prévalence du VIH et des grossesses non désirées, et mentionne des indicateurs importants relatifs au genre et aux droits de l'homme. Le rapport présente également une analyse des réponses sous trois rubriques thématiques : éducation sexuelle, services de santé sexuelle et reproductive, et questions relatives au genre, aux droits et contextuelles. Dix recommandations clés proposent des orientations sur la manière de faire progresser la situation (voir le Chapitre 6 - Recommandations).

Tableau 1.1 Pays participant à l'Initiative en faveur de l'engagement des ministres des pays d'Afrique orientale et australe

Afrique du Sud	Madagascar	R.U. Tanzanie
Angola	Malawi	Rwanda
Botswana	Maurice	Seychelles
Burundi	Mozambique	Soudan du Sud
Éthiopie	Namibie	Swaziland
Kenya	Ouganda	Zambie
Lesotho	République démocratique du Congo	Zimbabwe

Figure 1.3 Carte des pays participant à l'Initiative en faveur de l'engagement des ministres des pays d'Afrique orientale et australe



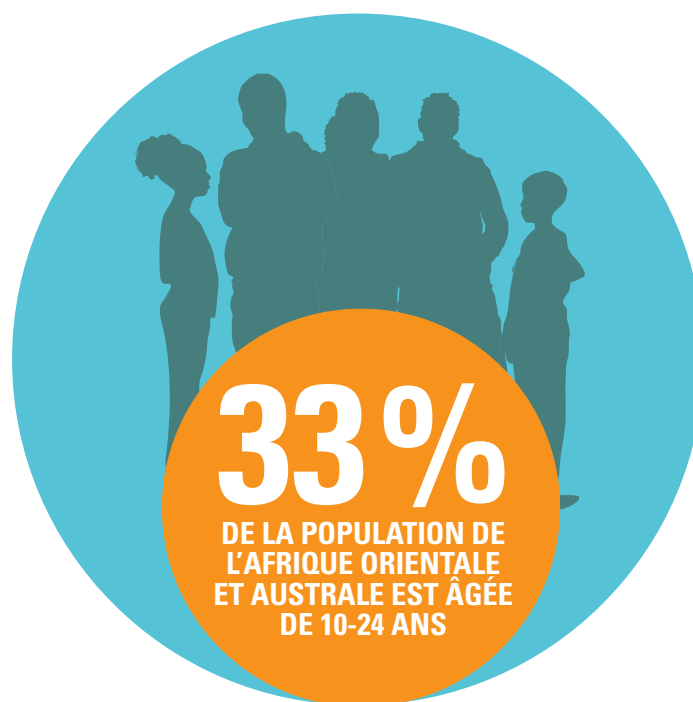
2. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats sur la situation sanitaire et sociale des adolescents et des jeunes de la région à travers 11 domaines thématiques.

2.1. Population

Les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans représentent environ 33 % de la population d'Afrique orientale et australe (UNFPA, 2012c). Cette population de 158 millions de personnes devrait croître pour atteindre 281 millions d'ici à 2050. La région enregistre une explosion démographique de la jeunesse, ce qui a des conséquences majeures sur l'éducation, la santé et le développement économique dans son ensemble. Au cours des deux prochaines décennies, le développement de la région sera dynamisé par les jeunes – un dividende démographique qui pourrait se produire.

Figure 2.1 Explosion démographique de la jeunesse



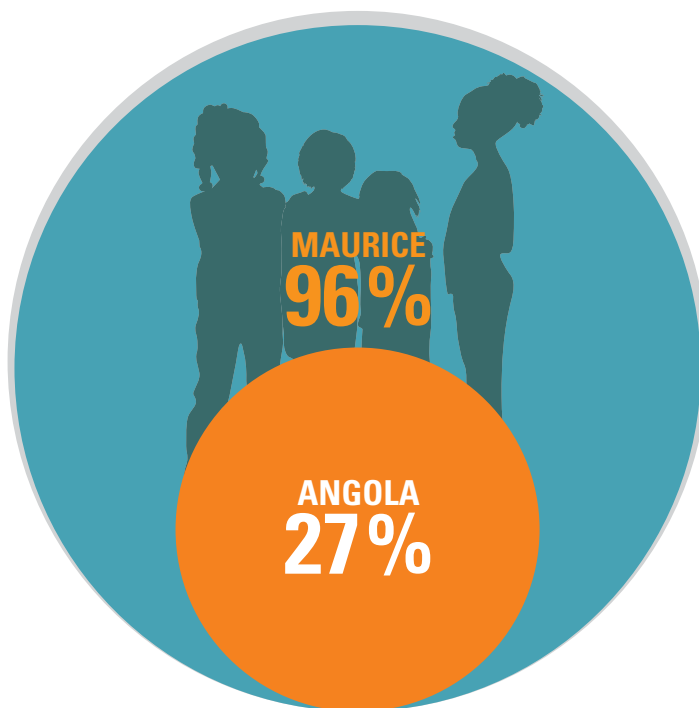
Source : UNFPA, 2012c

2.2. Accès à l'éducation

Les investissements engagés dans un développement de l'accès à l'éducation de base dans toute la région portent des fruits visibles dans pratiquement tous les pays de l'Afrique orientale et australe. Malgré des disparités régionales, le taux net officiel de scolarisation dans le primaire s'établit à 87 % pour les garçons et les filles (UNICEF, 2012). Cependant, les taux d'achèvement de la scolarité dans le primaire restent préoccupants dans un certain nombre de pays, et les taux de scolarisation dans le secondaire sont non seulement beaucoup plus faibles que dans le primaire, mais aussi très différents selon le sexe (avec une moyenne de 32 % pour les garçons et

de 28 % pour les filles, et des disparités considérables entre les pays). En Angola, par exemple, on estime à 27 % le pourcentage de filles susceptibles d'achever leur scolarité primaire².

Figure 2.2 Pourcentage de filles susceptibles d'achever leur scolarité primaire (données 2007-2009)



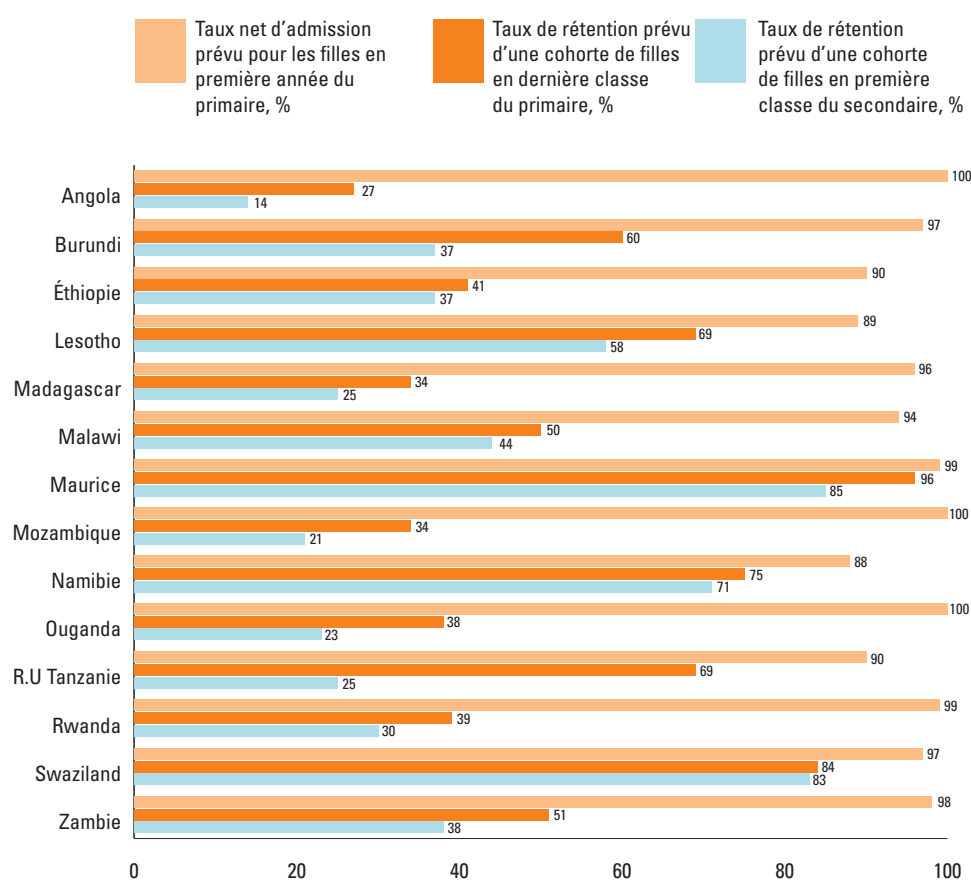
Source : Données UIS, 2012

Dans la majorité des pays, le taux d'achèvement de la scolarité dans le secondaire se situe à de très bas niveaux – inférieurs à 20 %. Pour reprendre l'exemple de l'Angola, 14 % seulement des filles d'une même cohorte étaient susceptibles de passer dans le secondaire³. On constate un niveau élevé d'abandon de la scolarisation dans le secondaire dans un certain nombre de pays, y compris ceux ayant connu une très forte amélioration de l'accès à l'école primaire. Il en résulte que la plupart des enfants et des jeunes de la région sont scolarisés moins de 6,5 ans, ce qui est insuffisant pour acquérir des compétences cognitives et autres nécessaires pour devenir adulte ou entrer dans le monde du travail. Il existe des disparités considérables entre les pays d'Afrique orientale et australe au niveau du nombre d'adolescents déscolarisés, et leur accès à une éducation non formelle ou une formation professionnelle ou informelle est très variable. L'environnement scolaire peut être assez diversifié au niveau de l'enseignement secondaire. Dans beaucoup de pays, par exemple, les établissements secondaires sont construits et gérés par des organisations confessionnelles ou privées, ce qui implique que l'accès est basé sur la capacité à payer les frais d'inscription et sur d'autres critères d'admission susceptibles de limiter les possibilités d'intervention. La Figure 2.3 illustre les possibilités pour les filles, dans l'ensemble de la région, de pouvoir achever leur scolarité dans le primaire, d'accéder au secondaire, et leur probabilité d'abandon.

² Base de données de l'Institut de statistique de l'UNESCO (UIS). Données pour 2007–2010, selon le pays (consultation 2012).

³ Base de données de l'Institut de statistique de l'UNESCO (UIS). Données pour 2007–2010, selon le pays (consultation 2012).

Figure 2.3 Taux de rétention prévu d'une cohorte de filles en dernière classe du primaire et en première classe du secondaire dans certains pays d'Afrique orientale et australe, 2010



Source : UIS, 2010

Le nombre d'adolescents déscolarisés dans certaines parties de la région est préoccupant – par exemple, l'Éthiopie estime à 3,1 millions le nombre de jeunes non scolarisés. Sachant que certains enfants ne peuvent en premier lieu jamais aller à l'école, quelles sont les raisons de l'abandon ? Pour ne donner qu'un exemple, les filles de Tanzanie ont mentionné les difficultés économiques, les aspirations relatives à une vie meilleure et le mariage forcé comme étant des facteurs à l'origine de leur décision d'abandonner l'école (Restless Development, 2013).

Le caractère limité des possibilités d'éducation et la mauvaise qualité de l'éducation à la santé et au bien-être ont un impact très large impact ; un certain nombre d'engagements ont été pris (et sont pris) pour améliorer la rétention scolaire dans le primaire, réduire les coûts pour les familles pauvres, améliorer la qualité de l'éducation et faciliter le passage du primaire au secondaire pour tous les élèves. Bien que l'accès ait de toute évidence été élargi, il y a toujours des problèmes dans la région quant à la qualité de l'éducation. Dans le présent rapport, la qualité est étudiée dans le contexte de l'enseignement, de l'apprentissage et des résultats d'apprentissage de l'éducation sexuelle.

2.3. Adolescents et jeunes déscolarisés

Globalement, les taux d'abandon scolaire sont élevés en Afrique subsaharienne, mais il existe des disparités considérables entre les pays d'Afrique orientale et australe au niveau du nombre d'adolescents déscolarisés. La plupart des abandons précoces se produisent pendant la première et la deuxième année du primaire. Dans la région, un élève sur six (environ 17 %) quitte l'école avant d'entrer en deuxième année du primaire. Les facteurs qui influent sur ces abandons sont

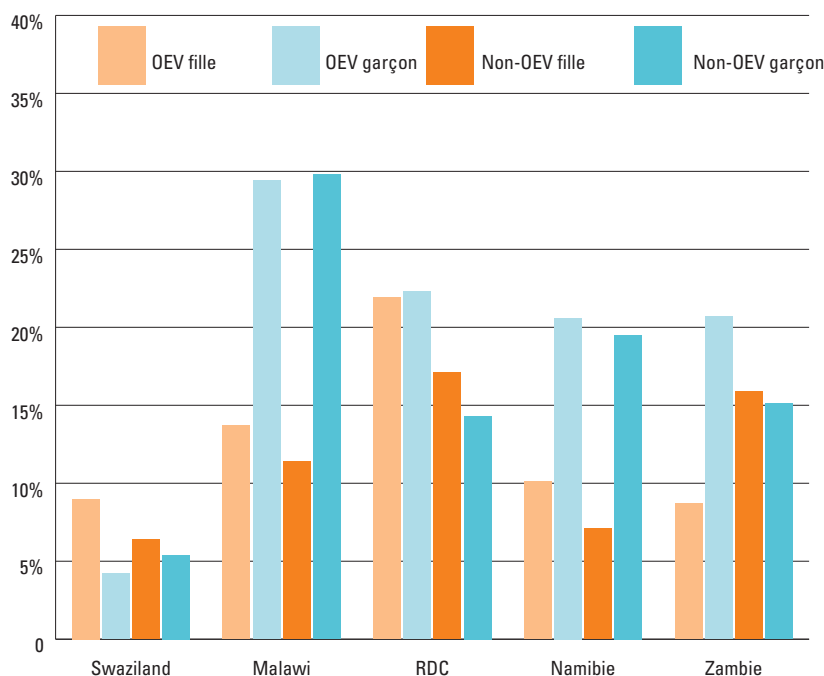
très variés en Afrique et incluent des questions liées à la sécurité des écoles et à la grossesse des adolescentes dans les classes plus élevées. Concernant l'Afrique orientale prise dans son ensemble, un rapport récent a mis en évidence les tendances suivantes : malgré des progrès, des millions d'enfants n'ont toujours pas la possibilité d'aller à l'école, les scolarisations tardives et les abandons sont des problèmes majeurs qui empêchent d'atteindre une éducation primaire universelle ; une fois scolarisés, beaucoup d'élèves n'apprennent pas les bases et ceux qui sont marginalisés ne profitent pas des progrès de l'éducation (Rapport mondial de suivi sur l'EPT, 2013).

2.4. Enfants affectés par le VIH et sida

Malgré une baisse générale du taux de mortalité des suites du sida dans la région, on estime à 10.5 millions le nombre d'enfants d'Afrique orientale et australe qui ont perdu un parent ou les deux en raison de la maladie (ONUSIDA, 2013). Bien qu'il y ait un meilleur accès au traitement, le nombre des orphelins du sida continuera à augmenter en particulier dans certaines parties d'Afrique subsaharienne⁴. Les contraintes qu'une telle situation impose aux familles, aux dispensateurs de soins et aux enfants sont clairement démontrées. Le VIH et sida continue à appauvrir les familles et à être une menace sur le plan scolaire, nutritionnel et sur la santé mentale des enfants ; par ailleurs, le VIH et sida ne cessent d'accroître les risques d'exploitation⁵ et d'abus auxquels sont soumis les enfants. Une analyse générale sur la vulnérabilité liée au VIH montre que l'assiduité scolaire des orphelins ayant perdu leurs deux parents est très faible par rapport aux non-orphelins, et que la pauvreté intensifie l'impact du VIH et du sida sur la vie des enfants. Des recherches conduites en Afrique du Sud montrent que les enfants orphelins du sida et les enfants vivant avec un seul parent atteint de la maladie sont exposés à des risques plus élevés d'abus émotionnels et physiques et d'exploitation sexuelle par rapport aux autres enfants⁶.

La Figure 2.4 illustre les risques auxquels les orphelins et les enfants vulnérables sont confrontés – parmi une série d'autres difficultés auxquelles les enfants doivent faire face en matière de SSR.

Figure 2.4 Rapports sexuels avant 15 ans, par statut OEV (15–17 ans)



Source : Rapports DHS de pays

4 Belsey, M. & Sherr, L (2011) The definition of true orphan prevalence: Trends, contexts and implications for policies and programmes. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 6:3.

5 United Nations Children Fund (2011) *Taking Evidence to Impact, making a difference for vulnerable children living in a world with HIV and AIDS*. UNICEF, New York

6 Cluver, L. Orkin, M. et al (2011) Transactional sex amongst AIDS orphaned and AIDS affected adolescents predicted by abuse and extreme poverty, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.

Les programmes s'adaptant aux besoins des enfants affectés par le VIH et sida ont dépassé le cadre de la simple fourniture de matériels de base et ciblent aussi bien la protection sociale des enfants que les besoins des familles.

2.5. Mariage des enfants

En Afrique orientale et australe, l'UNFPA estime que 34 % des femmes de 20 à 24 ans étaient déjà mariées ou unies à un homme à l'âge de 18 ans (UNFPA, 2012a). Dans la région, beaucoup de pays progressent petit à petit vers une éradication du mariage des enfants, notamment l'Éthiopie, le Lesotho, l'Ouganda, le Rwanda, la Tanzanie et le Zimbabwe (UNFPA, 2012a). Malgré cette évolution, cette pratique prévaut cependant toujours dans certaines parties de la région et induit des conséquences préjudiciables directes pour la santé, l'éducation et le statut social des filles et des jeunes femmes. Au Mozambique, par exemple, on estime à 52 % le pourcentage de femmes mariées ou unies à un homme à l'âge de 18 ans sur la période 2000-2011.

Encadré 2.1

En 2004, le gouvernement éthiopien a interdit le mariage aux filles de moins de 18 ans. Malgré cette loi, des dizaines de milliers de filles sont mariées chaque année à l'âge de 15 ans. Beaucoup de filles sont mariées de force lors de cérémonies secrètes. Ce fut l'histoire de Melka :

« J'avais 14 ans. Je rentrais juste de l'école et il y avait beaucoup de monde à la maison. Les gens étaient très bien habillés et j'ai demandé à ma mère ce qui se passait, mais personne ne m'a répondu. La maison n'arrêtait pas de se remplir de monde. Puis ma mère m'a apporté une robe et m'a dit : « Tiens, mets cette robe, tu vas te marier ». Après le mariage, ils m'ont conduite à sa maison dans le village d'à côté. C'était un très vieil homme. Il a commencé à me pousser vers la chambre. Je ne voulais pas y entrer mais personne ne m'écoutait. Je me suis réveillée à l'hôpital (...) Les infirmiers ont dit à la police ce qui s'était passé. Mon beau-père et l'homme que l'on m'avait forcé à épouser ont été mis en prison, tout comme ma mère. Le mariage a été annulé. Ça a été un épisode pénible, mais dont je suis sortie renforcée. Avant que ça n'arrive, j'étais timide et je ne pouvais pas regarder les gens dans les yeux. Aujourd'hui, je n'ai plus peur de rien⁷. »

2.6. Sexualité, risque et prise de décision

L'âge du premier rapport sexuel est un indicateur clé lorsque l'on étudie les résultats de santé, en particulier lorsque l'on fait des choix de programmation portant sur l'éducation ou les services. Il existe des disparités considérables entre les pays, et les chiffres communiqués par les personnes interrogées lors des enquêtes démographiques et de santé (DHS) indiquent des âges moyens plus élevés (autour de 17-18 ans dans beaucoup de pays) que d'autres informations factuelles – sur les grossesses des adolescentes, par exemple. Au Malawi, au Lesotho et au Kenya, les adolescents garçons sont plus susceptibles que les filles de déclarer qu'ils sont sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans (UNFPA/PRB, 2012). Un grand nombre de filles sont mères à l'âge de 15 ans. À 17 ans, 10 % au moins des jeunes femmes de 10 pays de la région ont déjà été mères. Il est important d'admettre que, pour bon nombre de filles et de jeunes femmes, les premiers rapports sexuels sont contraints – problème que le rapport aborde en détail plus loin (voir Section 2.11)

Les types de relations dans lesquelles les adolescents et les jeunes s'engagent ont aussi un impact majeur sur leur santé sexuelle et reproductive. On sait que les partenariats sexuels multiples et concomitants et les relations sexuelles intergénérationnelles sont des facteurs de transmission de l'épidémie du VIH dans la région. Dans trois pays (Lesotho, Madagascar et Swaziland), plus d'un jeune homme sur quatre de 15 à 24 ans déclare avoir des relations sexuelles multiples concomitantes (données DHS). Dans quatre pays de la région, plus de 10 % des jeunes femmes déclarent avoir une relation avec un homme qui a plus de dix ans de plus qu'elles – ce qui pose différents problèmes, en particulier en ce qui concerne la capacité à négocier l'utilisation du préservatif et le passé sexuel plus long du partenaire masculin. Dans certains pays, les femmes les plus exposées au risque d'avoir des rapports sexuels intergénérationnels sont les jeunes femmes en âge d'être scolarisées. Les relations sexuelles transactionnelles (contre de l'argent, des cadeaux tels que des fournitures scolaires ou un abri et une protection) sont également

7 Girls Not Brides (n.d) Histoire de Melka, Éthiopie (<http://www.girlsnotbrides.org/girls-voices/melkas-story/>).

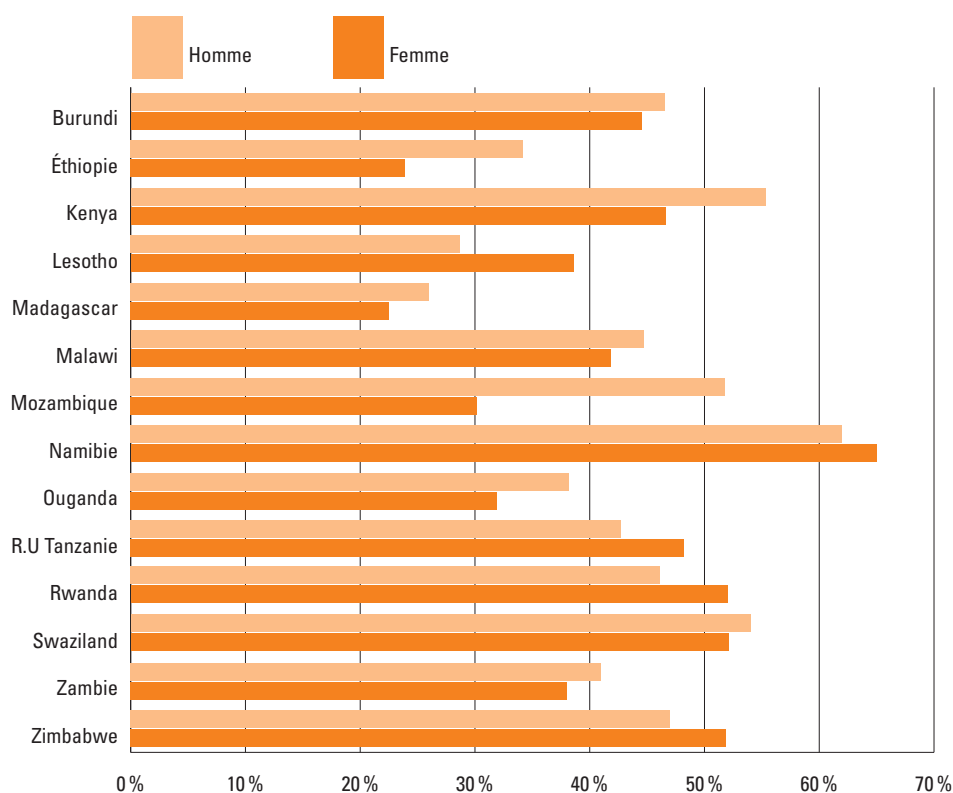
courantes et accentuent la perte d'autonomie du partenaire qui reçoit les cadeaux ou l'argent, habituellement des filles ou des jeunes femmes. Des études ont découvert que plus le cadeau ou le transfert économique est important, moins il y a de chances que les rapports sexuels soient à moindre risque (Luke, 2008).

On constate des évolutions positives au niveau des comportements sexuels à haut risque au Kenya, au Malawi, au Mozambique, en Namibie et en Zambie, mais, à l'inverse, une augmentation des comportements sexuels à risque en République démocratique du Congo et au Rwanda (Luke, 2008).

2.7. Niveaux de connaissances concernant le VIH

Dans la région, les connaissances au sujet de la prévention du VIH ont tendance à augmenter chez les jeunes femmes et les jeunes hommes. Au Rwanda, par exemple, le pourcentage de jeunes femmes ayant des connaissances complètes concernant la prévention du VIH a augmenté de 23 % en 2000 à 51 % en 2009. Cependant, de façon générale, les niveaux de connaissances des jeunes concernant le VIH demeurent faibles, et moins de 40 % des jeunes d'Afrique orientale et australe ont des connaissances suffisantes au sujet de la prévention du VIH⁸. Au niveau régional, le pourcentage moyen de personnes ayant des connaissances complètes concernant le VIH et le sida s'établit à 41 % chez les hommes et 33 % chez les femmes. Pour l'Afrique subsaharienne, la moyenne est de 26 % chez les femmes de 15 à 24 ans, niveau très inférieur à l'objectif 2010 de 95 % fixé lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2001⁹.

Figure 2.5 Connaissances complètes sur le VIH et le sida chez les jeunes de 15 à 24 ans



Source : UNICEF, 2013

8 Données de pays de l'ONUSIDA de 2010.

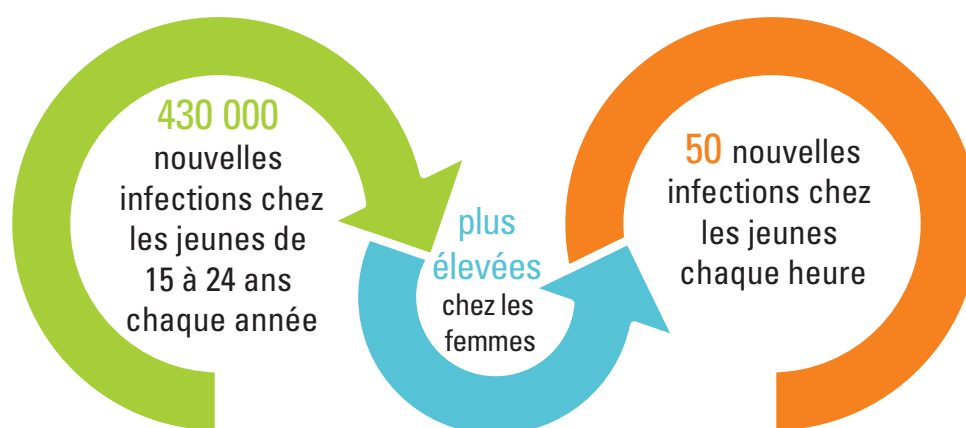
9 Données de pays de l'ONUSIDA de 2010 (<http://www.aidsinfoonline.org>).

2.8. Le VIH et autres infections sexuellement transmissibles

Globalement, avec 18,5 millions de personnes vivant avec le VIH en 2011 (ONUSIDA, 2013) et des taux de prévalence parmi les jeunes compris entre 0,2 % (Erythrée) et 15 % (Swaziland) (ONUSIDA, 2012), l'Afrique orientale et australe demeure l'épicentre de l'épidémie mondiale de VIH. En 2012, on estimait que 2,6 millions de jeunes de 15 à 24 ans vivaient avec le VIH en Afrique orientale et australe (ONUSIDA, 2013). La prévalence régionale du VIH chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans s'établit à 4,3 %, chiffre deux fois et tiers plus élevé que chez les hommes de la même tranche d'âge.

Bien que des données récentes révèlent une stabilisation de l'incidence du VIH en Afrique orientale et australe, la réalité est que les jeunes doivent actuellement (et devront dans un avenir proche) faire face aux facteurs complexes et multidimensionnels qui dynamisent l'épidémie. Les adolescents sont plus vulnérables à l'infection à VIH en raison de leur âge, de facteurs biologiques et de leur statut juridique. Grâce à une amélioration de l'accès à un traitement financièrement abordable, les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH vivent plus longtemps et en meilleure santé, et mènent des vies plus productives. Cependant, comme la plupart des autres adolescents et jeunes, ils doivent faire face à des obstacles permanents en termes d'éducation et de santé (Baryamutuma et Baingana, 2011).

Figure 2.6 Incidence du VIH chez les jeunes d'Afrique orientale et australe



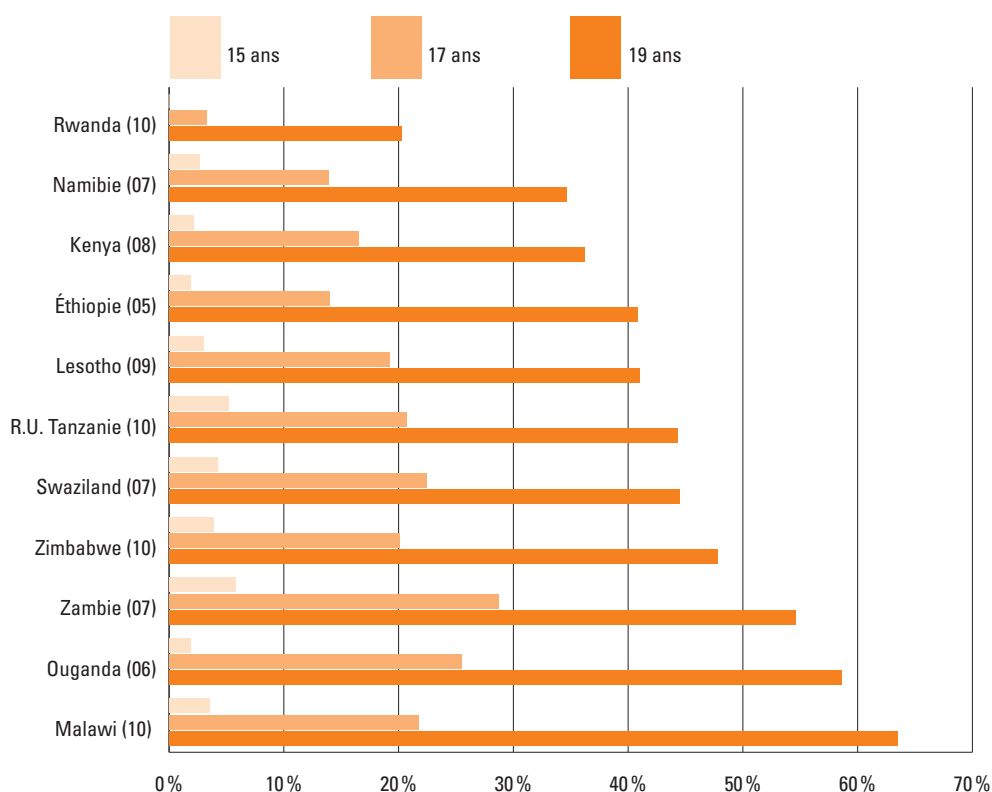
Source : ONUSIDA 2013

2.9. Grossesses chez les adolescentes

À l'âge de 17 ans, au moins 20 % des jeunes femmes dans six pays de la région ont commencé à avoir des enfants. Pour les jeunes filles âgées de 19 ans, ce pourcentage atteint plus de 35 % dans 10 pays.

Les données relatives à l'Afrique orientale et australe révèlent que les taux de fécondité des adolescentes demeurent obstinément élevés à 108,2 naissances pour 1 000 filles de 15 à 19 ans. Ce chiffre est deux fois supérieur à la moyenne mondiale qui s'établit à 53,4 pour 1 000 filles¹⁰. Les taux sont particulièrement élevés en Ouganda, en Zambie, en République démocratique du Congo, au Malawi et au Mozambique. Au Malawi, par exemple, plus de 50 % des femmes sondées étaient déjà mères à l'âge de 20 ans (EQUINET, 2012, p. 14). La grossesse d'une adolescente a souvent des conséquences économiques et sociales préjudiciables pour elle, sa famille et la communauté au sens large (Campagne mondiale pour l'éducation, 2010), en particulier si cela la conduit à abandonner l'école. Les risques sanitaires pour les adolescentes sont aussi plus élevés, avec des risques accrus de complication lors de l'accouchement et de mortalité maternelle.

Figure 2.7 Pourcentages des femmes déjà mères à 15, 17 et 19 ans (données DHS)



Source : Olson, R, 2012

Il existe toutefois d'importants facteurs socioculturels qui influent sur les décisions des adolescentes concernant la grossesse, et beaucoup de jeunes femmes choisissent d'être mères et de se marier. Les grossesses non désirées sont un problème : malgré des niveaux élevés de connaissances concernant les méthodes modernes de contraception, un groupe important de jeunes n'utilisent pas les contraceptifs et bon nombre d'entre eux les utilisent de façon irrégulière ou incorrecte¹¹. L'accès à l'interruption de grossesse est extrêmement limité dans la plupart des pays de cette région. Les lois les plus restrictives – qui n'autorisent l'avortement que pour sauver la vie d'une femme, sans quoi la procédure est purement et simplement interdite – sont appliquées dans 9 des 21 pays d'Afrique orientale et australe¹². D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2008b) :

- En 2008, on estimait à 5,5 millions le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en Afrique subsaharienne, dont 2,4 millions en Afrique orientale et 120 000 en Afrique australe.
- En Afrique subsaharienne, les femmes de moins de 25 ans représentent 60 % de l'ensemble des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.
- Quatorze pour cent des décès maternels recensés en Afrique (Afrique du Nord incluse) résultent d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.
- On estime que, dans plusieurs pays d'Afrique, jusqu'à 70 % de l'ensemble des femmes qui reçoivent un traitement suite à des complications résultant d'un avortement ont moins de 20 ans.

11 Voir http://www.who.int/gho/maternal_health/reproductive_health/family_planning_text/en/index.html.

12 The World Abortion Laws 2012.

On constate un bond significatif des maternités entre les filles de 17 ans et de 19 ans dans beaucoup de pays de la région – ce qui incite à penser que 17-18 ans est l'âge critique auquel les jeunes femmes font des choix concernant la contraception ou demandent à utiliser des contraceptifs.

2.10. Mortalité maternelle

Les complications médicales liées à la grossesse et à l'accouchement sont la première cause de décès des filles de 15 à 19 ans à travers le monde. En investissant dans un renforcement global des programmes de soins périnataux et en ciblant en particulier la manière d'atteindre les adolescentes et les jeunes femmes, on peut réduire de façon significative les taux de mortalité maternelle et les complications telles que la fistule.

Différents facteurs se combinent qui ont un impact sur les adolescentes. Au Zimbabwe, par exemple, 4 % des filles sont mariées à 15 ans et ce taux passe à 30 % à 18 ans. On estime à 38 % les décès maternels liés au sida (Africa Public Health Info., 2012). Si les adolescentes peuvent rester dans le circuit scolaire, retarder le mariage et la grossesse, et accéder aux services, leur situation à l'égard de ce problème devrait nettement s'améliorer.

2.11. Violence sexuelle et basée sur le genre

Dans la plupart des pays d'Afrique orientale et australe, l'âge de la majorité sexuelle est de 16 ans révolus et l'âge minimum légal du mariage est de 18 ans révolus. Cependant, malgré ces restrictions, plus de 10 % des filles ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. À titre de comparaison, les adolescentes des pays développés sont susceptibles d'avoir leur premier rapport sexuel au même âge ou plus jeunes – la différence se situe au niveau des facteurs de protection offerts par leur environnement, y compris l'éducation et les services de santé. Pour de nombreuses adolescentes d'Afrique orientale et australe, les rapports sexuels, le mariage et la grossesse continuent d'arriver contre leur volonté, sans leur consentement ni qu'elles en soient informées.

Un pourcentage élevé des femmes déclarent avoir subi des violences sexuelles à un moment donné de leur vie – entre 15 % et 35 % dans les 9 pays pour lesquels on dispose de données. Les taux sont plus élevés chez les femmes âgées de 20 à 24 ans que chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. Une étude du Consortium de l'Afrique australe et orientale pour le pilotage de la qualité de l'éducation (SACMEQ) sur la violence dans les écoles primaires dans 15 systèmes éducatifs de la région fournit des informations factuelles indiquant que les violences sont omniprésentes sous différentes formes (y compris le harcèlement sexuel) et ont augmenté sur la période 2000-2007 (Saito, 2011). Les traditions culturelles et l'insuffisance des infrastructures juridiques pour prévenir ou signaler les actes de violence jouent là un rôle essentiel.

3. ÉDUCATION SEXUELLE



Définie et souvent désignée de façons différentes, l'éducation sexuelle recouvre habituellement l'enseignement et l'apprentissage d'informations liées à la sexualité humaine. Une éducation sexuelle complète met l'accent sur une approche holistique du développement et de la sexualité chez les humains (IPPF, 2011). L'UNESCO définit le principal objectif de l'éducation sexuelle comme suit : « doter les enfants et les jeunes des connaissances, des compétences et des valeurs leur permettant de faire des choix responsables quant à leurs relations sexuelles et sociales dans un monde affecté par le VIH » (UNESCO, 2009a, p.3).

Des données factuelles ont montré qu'une éducation sexuelle complète qui est précise au plan scientifique, adaptée à la culture et à l'âge, tient compte des différences hommes-femmes et se fonde sur les compétences nécessaires à la vie courante peut fournir aux jeunes les connaissances, les compétences et la capacité de prendre des décisions éclairées concernant leur sexualité et leur style de vie (UNESCO, 2009a). La recherche souligne le fait qu'une éducation sexuelle complète peut effectivement retarder les rapports sexuels chez les jeunes et augmenter parallèlement l'usage du préservatif et des contraceptifs en général chez ceux qui sont sexuellement actifs (Boonstra, 2007, p. 5).

3.1. Un environnement juridique et politique porteur pour la mise en œuvre

Il existe des dispositifs internationaux bien établis pour promouvoir le déploiement d'une éducation sexuelle complète. Ceux-ci incluent la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) et la Convention pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de 1995 et le Sommet mondial pour les enfants de 2002 ont élargi le champ de la CRC en affirmant le droit de tous les enfants et les adolescents à recevoir des informations, une éducation et des services relatifs à la santé sexuelle et reproductive en fonction de leurs besoins spécifiques (OMS, 2011a). Le Cadre d'action pour l'Afrique subsaharienne, le Plan d'action de Maputo, la Charte africaine de la Jeunesse et une série d'autres déclarations et stratégies axées sur la région soulignent la nécessité d'une éducation sur le VIH, la santé reproductive et le genre. Des progrès concrets ont été enregistrés au niveau de la protection juridique des droits des femmes. Cependant, de nombreux pays membres ont mis du temps à adopter et à s'approprier les instruments régionaux – dont la mise en œuvre est rarement systématique et harmonisée. Dans les pays d'Afrique orientale et australe, un hiatus subsiste entre les nombreux instruments et mesures en place approuvés au plan juridique et leur application effective sur le terrain.

Tous les pays de la région déclarent être dotés d'une politique ou d'une stratégie destinée à promouvoir une éducation au VIH fondée sur les compétences nécessaires à la vie courante pour les jeunes, mais beaucoup sont confrontés à des obstacles au moment de leur mise en œuvre. Les rares données factuelles disponibles indiquent que peu de ces politiques ou stratégies sont entièrement appliquées et chiffrées. Très peu de pays stipulent explicitement que les écoles privées et confessionnelles doivent aussi dispenser une éducation au VIH et sexuelle. Malgré les politiques ou les cadres stratégiques, l'enseignement de l'éducation sexuelle peut toujours rester sélectif et exclure certains sujets, les enseignants se conformant aux normes culturelles et religieuses, ainsi qu'à leurs propres convictions personnelles.

3.2. Contenu, enseignement et diffusion des programmes d'éducation sexuelle complète




En Afrique, l'éducation sexuelle vise essentiellement à endiguer l'épidémie de sida qui progresse. Les pays ont pour la plupart indiqué qu'ils dispensent une éducation au VIH fondée sur les compétences nécessaires à la vie courante via les programmes scolaires primaires et secondaires ainsi que lors de la formation des enseignants. Cependant, les résultats d'une évaluation des programmes régionaux réalisée par l'UNICEF, le UNFPA et l'UNESCO en 2011 mettent en évidence des lacunes ou des problèmes pour plus de 70 % des sujets ou des domaines des programmes examinés dans 10 pays d'Afrique orientale et australe. L'évaluation a étudié les programmes existants en fonction de six domaines d'enseignement de base, à savoir : les compétences générales nécessaires à la vie courante, l'adolescent et la santé reproductive, l'éducation sexuelle, l'égalité des sexes et l'autonomisation, le VIH, le sida et les autres IST, et enfin la stigmatisation et la discrimination. On s'est globalement rendu compte que le contenu était généralement adapté à l'âge et traitait efficacement les compétences en matière de communication. Cependant, certaines lacunes ont été relevées, concernant notamment des informations sur des aspects essentiels du sexe et de la santé sexuelle, des informations sur les préservatifs et la contraception, et des messages insuffisants ou contradictoires sur les questions de genre et de droits de l'homme. Enfin, on a constaté que les références à la sexualité avaient tendance à être négatives et fondées sur la peur.

Tableau 3.1 Vue d'ensemble de l'évaluation des programmes d'éducation sexuelle de 10 pays : identifier les lacunes en termes de contenu et d'approche

Pays et programmes	Thèmes						Thèmes et approches			Méthodes d'enseignement		
	A	B	C	D	SSR		G	H	I	J	K	L
					E	E						
Afrique du Sud	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Botswana (pré-secondaire, 2010)	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Kenya (primaire et secondaire, 2008)	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Lesotho (norme 4, formulaire C)	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Malawi (primaire et secondaire)	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Namibie	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Ouganda (Compétences en matière de planification de la vie courante, pour le primaire et le secondaire 2009)	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Ouganda (SSR des adolescents/Compétences en matière de planification de la vie courante - niveau brevet des collèges, 2009)	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Swaziland	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Zambie (Cadre pour les compétences nécessaires à la vie courante, 2010)	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Zambie (Programme d'éducation de base pour les classes 1-7, 2003)	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Zimbabwe (VIH et sida/Éducation aux compétences nécessaires à la vie courante dans le primaire, 2003)	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange

Thèmes

- A. Soi-même et les autres, les relations – notamment le pouvoir dans les relations
- B. Développement humain, puberté, corps et reproduction
- C. Sexualité et comportement sexuel
- D. Compétences en matière de communication, de négociation et de prise de décision
- E. Notion de genre, droits fondamentaux de l'homme
- F. Adaptation à l'âge
- G. Autonomisation des jeunes/renforcement de leur voix
- H. IST/VIH/sida : prévention, y compris les préservatifs
- I. Traitements et soins
- J. Grossesse, contraception et avortement
- K. Compétences essentielles pour réfléchir et raisonner
- L. Personnalisation du contenu, méthodes diverses

-  Pas de lacunes ou de problèmes significatifs
-  Des thèmes ou des domaines – d'importance mineure à modérée – sont absents ou insuffisamment traités
-  Des thèmes ou des domaines – d'importance modérée à majeure – sont absents ou insuffisamment traités

Adapté de : UNFPA, UNESCO, UNICEF, (2013). Programmes sur l'éducation sexuelle en Afrique orientale et australe : résultats d'un examen de 10 pays.

La plupart des pays d'Afrique orientale et australe déclarent former et orienter les enseignants sur des thèmes essentiels de l'éducation sexuelle. L'efficacité de l'enseignement est une composante essentielle de la réussite des cours d'éducation sexuelle, et tous les éducateurs ont besoin d'une formation et d'un soutien appropriés. L'UNESCO documente les bonnes politiques et pratiques de formation des enseignants pendant leurs études (UNESCO, 2011c).

On constate toutefois que, dans la région, les enseignants manquent beaucoup d'assurance et que leurs prestations en classe sont loin d'être optimales. Des enseignants ont mentionné le manque d'aise vis-à-vis du sujet en question et les normes sociales – qui empêchent de parler de sujets sensibles tels que les relations sexuelles ou le sexe – comme des obstacles pour aborder certains thèmes. De même, il faut renforcer les approches d'enseignement (privilégier, par exemple, l'enseignement affectif (émotionnel) et le raisonnement critique) et les méthodes d'enseignement participatif avant de pouvoir dispenser une éducation sexuelle complète de manière efficace.

Il reste des problèmes majeurs au niveau de la préparation et du développement des capacités des enseignants, et les stratégies chiffrées, les mécanismes coordonnés et le suivi et l'évaluation font défaut au niveau national dans la plupart des pays pour s'attaquer aux problèmes de la formation des enseignants et de l'éducation. Le manque de matériels d'enseignement et d'apprentissage, et la charge de travail excessive des enseignants sont cités comme des obstacles importants.

Des efforts sont en cours au niveau régional et national pour examiner et améliorer le contenu des programmes dans la plupart des pays de la région. Dans certains, des mesures sont prises pour renforcer la formation et le soutien des enseignants.

« Les ministères de l'Éducation sont chargés et responsables des contenus transmis aux élèves – il est important que le ministère dirige [le processus d'éducation au VIH et sexuelle] et que d'autres viennent en complément et en appui. »

Jemimah Nindo, Commission du service des enseignants (Kenya)

Les cours d'éducation sexuelle peuvent être dispensés sous des formes très diverses dans différents milieux. À l'école, 12 des 13 pays d'Afrique orientale et australe déclarent avoir fait de la question du VIH et des compétences nécessaires à la vie courante une composante obligatoire des programmes, et 8 de ces pays prévoient une évaluation des connaissances dans ce domaine. Toutefois, les composantes d'une éducation sexuelle complète ne sont souvent pas enseignées comme prévu, soit parce qu'elles ne sont pas « prises au sérieux » soit parce que l'on accorde la priorité à d'autres sujets.

Les jeunes déscolarisés sont généralement sensibilisés à ces questions par le biais de l'éducation par les pairs et d'interventions éducatives dispensées dans des centres conviviaux à leur égard. L'efficacité des programmes d'éducation par les pairs pour obtenir des changements de comportement dans le domaine de la santé n'a cependant pas été toujours clairement prouvée. Très peu de pays ont engagé des efforts systématiques pour mobiliser le soutien parental et communautaire (UNESCO, 2012c), et ce, bien que cela soit déterminant pour le succès de la mise en œuvre d'une éducation sexuelle complète.

3.3. Couverture et qualité de l'éducation sexuelle complète

On enregistre des progrès rapides en direction d'une éducation primaire universelle en Afrique orientale et australe. Cependant, le niveau élevé des abandons entre l'école primaire et l'école secondaire, en particulier des filles, reste un problème dans certains pays (comme évoqué dans la section 2.2 ci-dessus). Cette situation a des conséquences significatives concernant les efforts engagés pour dispenser une éducation sexuelle à grande échelle. Alors que les programmes en milieu scolaire peuvent présenter un bon rapport coût-efficacité pour sensibiliser les adolescents et les jeunes, un grand nombre de ces derniers ne profiteront pas de cette opportunité éducative tant que le taux de scolarisation dans le secondaire n'aura pas augmenté. Ainsi, il est essentiel qu'une éducation sexuelle complète en milieu scolaire soit débutée de façon précoce, dans le primaire, pour pouvoir sensibiliser les adolescents avant la puberté, avant leurs premiers rapports

sexuels et avant qu'ils ne soient sortis du système éducatif formel. Les programmes éducatifs non formels doivent être renforcés au sein de la communauté, en appliquant les mêmes directives en termes de contenu que celles qui sont proposées pour les programmes en milieu scolaire. Comme pour ces derniers, les programmes non formels doivent être adaptés à l'âge et au degré de développement des participants, et être spécialement adaptés aux besoins des jeunes vulnérables difficiles à atteindre.

L'éducation formelle et non formelle devrait profiter des efforts engagés pour accroître l'accès aux nouvelles technologies d'information et de communication ainsi que de l'évolution de leurs capacités. Les rapports nationaux signalent un pourcentage élevé de couverture par les écoles dans la plupart des pays, indépendamment du contenu et de la qualité des programmes. On estime que moins de 50 % des jeunes déscolarisés sont sensibilisés aux programmes axés sur le VIH et les compétences nécessaires à la vie courante dans la majorité des pays étudiés¹³.

Ces niveaux obstinément faibles de connaissances relatives au VIH des adolescents et des jeunes donne à penser qu'il faut de toute urgence améliorer la qualité de la diffusion de l'éducation au VIH et sexuelle dans la plupart des pays d'Afrique orientale et australe. Une étude de 2009 réalisée par le SACMEQ¹⁴ portant sur les connaissances sur le VIH et les questions de santé des élèves et des enseignants a révélé que deux tiers des élèves de classe 6 n'avaient pas le socle minimum de connaissances concernant le VIH et le sida nécessaire pour protéger et promouvoir leur santé. De leur côté, les enseignants révélaient généralement des niveaux élevés de connaissance du VIH. L'étude en a conclu que les enseignants manquaient à la fois des directives et des compétences (y compris de l'assurance nécessaire) pour transmettre leurs connaissances aux élèves.

L'un des aspects de l'éducation sexuelle qui est souvent considéré comme particulièrement difficile est l'enseignement relatif aux préservatifs comme instruments de contraception ou de prévention du VIH. L'éducation au préservatif des jeunes est une question souvent controversée parce que les questions de sexe, de sexualité et d'utilisation du préservatif appartiennent à des dynamiques interpersonnelles et sociales complexes. En Afrique orientale et australe, les attitudes à l'égard du sexe et des préservatifs associent l'utilisation de ceux-ci à la promiscuité et à l'infidélité, ainsi qu'à une entrave au plaisir, à la fécondité, au sens et à l'objet des rapports sexuels (Maticka-Tyndale, 2012, p. 66). Cependant, concernant les adolescents et les jeunes, des données concrètes révèlent que supprimer l'information au sujet des préservatifs au profit de messages promouvant uniquement l'abstinence peut entraîner une hausse de l'incidence des rapports non protégés lors des premiers rapports sexuels et d'attitudes peu favorables à l'utilisation des préservatifs ultérieurement. Les données factuelles sur l'éducation sexuelle en général montrent que les messages promouvant uniquement l'abstinence sont moins efficaces sur les jeunes (UNESCO, 2009a), et que l'éducation et les services doivent se concentrer sur une amélioration des comportements en matière de santé, ce qui inclut l'utilisation du préservatif.

Le suivi de la diffusion et de la qualité de l'éducation sexuelle complète reste limité et moins d'un tiers des pays d'Afrique orientale et australe ont mis en place des systèmes de suivi de celle-ci. Des efforts importants sont actuellement en cours dans certains pays pour intégrer des indicateurs qui tiennent compte du VIH dans les Systèmes d'Information sur la gestion de l'éducation (SIGE), y compris des systèmes mesurant les processus et les résultats d'une éducation à la sexualité et au VIH fondée sur les compétences nécessaires à la vie courante.

Les investissements consacrés par les bailleurs de fonds à l'éducation sexuelle complète augmentent et de nouvelles initiatives ciblées sont mises à grande échelle dans au moins six pays – dont le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, l'Ouganda, la Tanzanie et la Zambie – qui devraient toucher 35 000 écoles, 74 000 enseignants et 15 millions d'élèves de la région au cours des 30 prochains mois.

13 Les estimations ont été établies par des responsables nationaux du secteur de l'éducation et des représentants de la société civile qui ont participé à une table ronde pour répondre à l'enquête mondiale sur les progrès des réponses du secteur de l'éducation au VIH et au sida, commissionnée par l'Équipe spéciale interinstitutions de l'ONUSIDA sur l'éducation en 2011-2012. L'enquête a couvert 39 pays à travers le monde, dont 14 d'Afrique orientale et australe.

14 Consortium de l'Afrique australe et orientale pour le pilotage de la qualité de l'éducation (http://www.sacmeq.org/reports.htm#policy_series).

3.4. Impact, coût et rapport coût-efficacité de l'éducation sexuelle complète

Bien que très limitées, les informations factuelles existantes donnent à penser que, les programmes d'éducation sexuelle ont amélioré le niveau des connaissances des élèves, ce qui peut avoir contribué à faire changer les comportements quand ces programmes sont bien mis en œuvre.

Aucune étude systématique n'a été réalisée pour analyser ou documenter le coût ou le rapport coût-efficacité des programmes nationaux d'éducation sexuelle complète dans la région. Cependant, les données disponibles venant d'études internationales de cas de pays ont révélé ce qui suit :

- 1) les programmes d'éducation sexuelle complète peuvent avoir des résultats significatifs sur la santé et des avantages non liés à la santé (ex : potentiel de réduction des inégalités entre les sexes et de la violence basée sur le genre), et
- 2) peuvent être dispensés à un coût raisonnable dans les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé, et invitent donc les décideurs à réfléchir sérieusement à des investissements dans des programmes d'éducation sexuelle afin d'améliorer la santé sexuelle des populations et d'avoir un impact positif sur des domaines non liés à la santé (UNESCO, 2011b).

3.5. Conclusions

L'examen de la situation de l'éducation au VIH et de l'éducation sexuelle en Afrique orientale et australe a révélé des tendances positives, mais aussi des insuffisances et des problèmes au niveau de la fourniture d'un accès complet à une éducation de qualité au VIH et à la sexualité pour les adolescents et les jeunes. Ces points sont résumés ci-dessous :

- Les données factuelles indiquent que les programmes d'éducation sexuelle complète peuvent améliorer le niveau des connaissances des apprenants, lesquelles contribuent à une évolution des comportements et à des changements au profit de meilleurs résultats de santé. Ces programmes peuvent présenter un très bon rapport coût-efficacité, en particulier lorsqu'ils sont obligatoires, adaptés à partir de modèles existants et intégrés dans les programmes scolaires généraux.
- Les pays ont pour la plupart enregistré des progrès au niveau du renforcement d'un soutien politique et stratégique à l'éducation sexuelle complète, en intégrant l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires, en renforçant les capacités des enseignants et des éducateurs, et en travaillant avec des organisations non gouvernementales et de la société civile – notamment des réseaux de jeunes – pour sensibiliser les adolescents et les jeunes déscolarisés grâce à une éducation appropriée au VIH et à la sexualité.
- Même si des politiques et des engagements appropriés existent, il reste des lacunes et des problèmes pour transformer ces engagements politiques et ces cadres stratégiques dans le domaine de la santé en des stratégies et des plans opérationnels chiffrées, soutenues par des mécanismes de coordination et de suivi nationaux. Le but est de mettre en place/de renforcer leur mise en œuvre multisectorielle. Les obstacles spécifiques ont été remarqués concernant : la mobilisation des parents et des communautés, l'amélioration des programmes et des matériels d'enseignement existants (afin qu'ils soient suffisamment complets pour répondre à tous les besoins des adolescents et des jeunes en matière de santé et de développement), le renforcement des capacités des enseignants et des éducateurs, et le développement d'une base de preuves sur la couverture et la qualité, les coûts et le rapport coût-efficacité, les résultats et l'impact d'une éducation complète au VIH et à la sexualité.

- Les obstacles à la mise à grande échelle d'une éducation sexuelle complète sont aussi susceptibles d'avoir mis en évidence des problèmes au sein du système éducatif dans son ensemble, qui ne concernent pas uniquement ce domaine. Ceux-ci incluent : la philosophie de l'éducation en vertu de laquelle les questions de l'éducation sexuelle et de la santé sont vues comme « de moindre importance » par rapport à des sujets plus « cognitifs » (et ne nécessitent pas, de ce fait, de faire l'objet d'un contrôle), la surcharge des enseignants et des programmes, la pénurie d'enseignants, leur bas salaire, leur absentéisme/leurs congés maladie (en particulier dans les milieux où la prévalence du VIH est élevée) et leurs mutations, la répartition inégale des enseignants, les classes qui comportent trop d'élèves dans certains contextes, la réduction des financements éducatifs – qui entraîne des difficultés pour obtenir des ressources afin d'établir des programmes, de former des enseignants et de fournir des matériels, et la faiblesse des systèmes de suivi et d'évaluation/de supervision.

Il est donc nécessaire d'obtenir un engagement politique fort dans la région pour mettre en œuvre bon nombre des cadres stratégiques existants et pour accélérer les progrès en direction d'objectifs clairement définis et datés en termes de couverture et de qualité de l'éducation sexuelle complète pour tous les adolescents et les jeunes d'Afrique orientale et australe.

4. SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE



Pour pouvoir exercer pleinement leurs droits à la santé, y compris à la santé sexuelle et reproductive, tous les adolescents et les jeunes ont besoin d'un accès sûr, efficace, financièrement abordable et acceptable à un éventail de services – en particulier des services liés à la grossesse et à la prévention, au dépistage et au traitement du VIH et des IST. Ces biens et ces services essentiels de SSR incluent ce qui suit (sans y être limité) :

- des contraceptifs modernes (préservatifs masculins et féminins, contraception hormonale – pilules, injections, implants, dispositifs intra-utérins/stérilets et diaphragmes),
- l'avortement (lorsqu'il est légal),
- les soins post-avortement, les soins et les conseils en cas de grossesse,
- la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME),
- l'accouchement sans risque et les soins post-accouchement,
- la circoncision masculine médicale volontaire,
- le diagnostic, le dépistage et le traitement des IST, et
- le conseil et le dépistage du VIH, les services de soins et de traitement pour les jeunes vivant avec le VIH, dans le respect de leur confidentialité.

Il est largement admis que certains services de SSR améliorent de façon efficace la santé des adolescents (OMS, UNFPA, UNICEF, 1999). Il existe également des données factuelles qui confirment que les jeunes de différents âges ont des relations sexuelles et de ce fait besoin de services. Cependant, la fourniture des services de SSR aux adolescents et aux jeunes est rendue compliquée du fait des normes juridiques, culturelles et religieuses.

4.1. Soutien juridique et politique des services de santé sexuelle et reproductive

Il existe un large éventail d'engagements, d'accords et de plans d'action régionaux et internationaux qui reconnaissent explicitement les droits des adolescents et des jeunes à exercer leur droit à la santé et à accéder à des services de SSR. La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, 1994) fut une étape déterminante dans la création d'un lien entre l'éducation sexuelle et les services de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes. De même, les décideurs d'Afrique orientale et australe s'intéressent de plus en plus près à cette question. L'Union Africaine (UA) a contribué à promouvoir la protection des droits humains et travaillé en étroite collaboration avec des structures régionales (telles que la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) et la Communauté d'Afrique de l'Est (CAE)) pour renforcer les normes, fournir des mécanismes d'examen par les pairs et aider les pays à codifier les dispositions relatives aux droits de l'homme au sein des politiques et des institutions nationales¹⁵. Il existe un grand nombre de traités établissant des normes pour les engagements en matière de droits de l'homme. Guidés par les politiques et les stratégies continentales et régionales relatives aux droits et à la SSR, les États membres ont clairement pour mission d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des politiques et des stratégies en matière d'éducation sexuelle et de SSR en vue d'obtenir de meilleurs résultats concernant la santé des jeunes. Différents protocoles et engagement ont été établis – auxquels adhèrent la majeure partie des pays d'Afrique orientale et australe.

Cependant, les informations factuelles présentées dans le rapport d'évaluation complet incitent à penser que beaucoup de ces engagements restent partiellement ou totalement inappliqués, en raison souvent du manque de mesures, de budget ou de suivi, entre autres choses. L'un des principaux problèmes tient au manque d'harmonisation entre la sphère législative et la sphère politique. Un grand nombre de cadres législatifs et stratégiques existants qui sont en place dans beaucoup de pays d'Afrique orientale et australe créent des obstacles pour les jeunes qui souhaitent avoir accès à des informations et des services de santé sexuelle et reproductive.

4.2. Âge de la majorité et évolution des capacités

Pour pouvoir développer des services destinés aux adolescents et aux jeunes, il convient de trouver un équilibre approprié entre protection et autonomie. Les lois relatives à l'âge de la majorité sont conçues pour protéger les enfants. Elles concernent l'âge auquel les enfants ont le droit d'avoir des rapports sexuels, de se marier et d'avoir accès à des services de santé sexuelle et reproductive, tels que le test de dépistage du VIH et la contraception. Ainsi, la loi joue un rôle important pour protéger les enfants et les jeunes contre les abus. Cependant, ces lois protectrices peuvent aussi avoir des effets limitatifs importants sur l'accès aux services. Les lois régissant la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, y compris l'âge de la majorité sexuelle et de l'accès aux services, doivent être réexaminées pour s'assurer qu'il existe un équilibre approprié entre protection et autonomie.

« Les jeunes ont le droit de jouir des normes de santé les plus élevées possibles, ce qui impose de supprimer les obstacles juridiques, sociaux et politiques qui les empêchent d'avoir accès aux informations et aux services de santé dont ils ont besoin. »

Rishita Nandagiri et Rinaldi Ridwan, représentants de la jeunesse et co-présidents, Comité directeur international

Discours d'ouverture, Forum mondial des jeunes de l'ICPD, Bali, décembre 2012

15 Conseil des relations étrangères (<http://www.cfr.org/human-rights/global-human-rights-regime/p27450>).

Le statut juridique et social des jeunes – en tant qu’individus qui n’ont pas l’autonomie complète des adultes mais qui disposent aussi de droits – crée une dichotomie unique que beaucoup de professionnels de santé, travailleurs sociaux, législateurs, éducateurs et parents ont du mal à gérer. Cette dichotomie n’est nulle part aussi prononcée qu’au niveau de l’accès des enfants et des jeunes aux services et aux informations de santé sexuelle et reproductive. Les jeunes n’ont souvent pas accès aux services du fait de leur âge, ce qui exacerbe les vulnérabilités qui les touchent et enfreint les droits qui leur sont accordés en vertu des lois internationales et régionales régissant les droits de l’homme (IPPF, 2012b).

► Âge de la majorité vis-à-vis des services

L’accès aux services, tels que la contraception, les soins post-avortement ou le test de dépistage du VIH, sera limité si le jeune a besoin du consentement d’un adulte (habituellement parental). Dans certains pays, des lois ont été amendées pour tenir compte de l’évolution des capacités des jeunes et autorisent l’accès aux services en mettant l’accent sur les avantages en termes de santé publique. Des progrès significatifs ont été enregistrés en Afrique orientale et australe au niveau de la promotion du conseil et du dépistage du VIH, également appelé conseil et dépistage volontaire (CDV). Il subsiste toutefois des problèmes concernant le consentement s’agissant du CDV, en particulier chez les jeunes. Une étude du Centre of Human Rights de l’Université de Pretoria en Afrique du Sud a révélé que 5 pays d’Afrique australe sur 6 étaient dotés de politiques régissant l’âge minimum pour avoir un accès indépendant au test de dépistage du VIH¹⁶. C’est un problème important pour les adolescents d’Afrique orientale et australe, dans la mesure où l’absence de consensus autour de l’âge légal du consentement pour le CDV se traduit par l’obligation d’obtenir le consentement des parents ou des tuteurs – ce qui empêche certains adolescents de faire pratiquer un dépistage.

► Âge de la majorité sexuelle

L’âge de la majorité sexuelle varie considérablement entre les pays, et parfois entre les sexes. Fixer un âge bas pour la majorité sexuelle a notamment pour conséquence un éventuel besoin d’alignement des dispositions et lois régissant les services de santé publique afin que les jeunes puissent avoir légalement accès aux services de SSR. Cependant, aligner les services de santé sexuelle sur un âge spécifique peut poser des problèmes. Appréhender la fourniture des services de santé sexuelle en fonction « des besoins » permet de s’assurer que ceux qui sont sexuellement actifs, ou ceux qui sont plus exposés au risque, peuvent avoir un accès indépendant aux services. En Afrique du Sud, par exemple, l’âge de la majorité pour le test de dépistage du VIH est de 12 ans, mais l’âge de la majorité sexuelle est de 16 ans. Envisager la prestation de service de manière individuelle permet de laisser toute discrétion à un professionnel de santé pour apprécier les aptitudes d’un enfant ou d’un jeune. Ceci est un facteur important pour mettre en œuvre une approche fondée sur les besoins qui équilibre protection et autonomie, tout en promouvant une bonne santé. Il est essentiel que les professionnels de santé soient formés à l’exercice de cette discrétion afin de s’assurer qu’ils sont capables de servir au mieux les intérêts des adolescents.

¹⁶ Problèmes politiques et juridiques relatifs au VIH et aux jeunes dans certains pays d’Afrique. Informations préliminaires compilées par le Centre for Human Rights, Faculté de Droit, Université de Pretoria, dans le cadre du Concours africain de procès simulé des droits de l’homme, 2010.

4.3. Le VIH et le droit

La Commission mondiale sur le VIH et le Droit¹⁷ recommande que l'on fournisse aux jeunes sexuellement actifs un accès indépendant et confidentiel aux services de santé afin qu'ils puissent se protéger contre le VIH. La commission appelle les pays à amender les lois concernées pour s'assurer que l'âge de la majorité pour un accès autonome aux services de prise en charge du VIH et de SSR soit égal ou inférieur à l'âge de la majorité sexuelle (Commission mondiale sur le VIH et le Droit, 2012).

La commission a entrepris l'examen de six domaines de la législation qui ont un impact direct sur les services de prévention et de soins du VIH. Cet examen a identifié une série de lois très répandues dans la région qui criminalisent spécifiquement certains comportements dans le contexte du VIH. La majorité des pays criminalisent la transmission du VIH, les rapports sexuels consentis entre personnes de même sexe et le commerce du sexe. Ces lois limitent toutes l'accès des populations les plus vulnérables aux services de prévention ou de soins du VIH et créent un climat de peur et de stigmatisation qui limitera l'utilisation des services généraux de prise en charge du VIH susceptibles d'exister.

4.4. Services de santé sexuelle et reproductive

Les services de SSR proposent aux jeunes une série de prestations de santé, économiques et sociales (UNFPA, 2008b). Ils peuvent aider à réduire les grossesses non désirées, la mortalité maternelle et les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité (Bongaarts, 2008). Ils peuvent aussi contribuer à prévenir les IST et notamment le VIH.

Beaucoup des services essentiels de SSR nécessaires pour les adolescents et les jeunes existent déjà dans les pays d'Afrique orientale et australe; ils sont fournis par l'intermédiaire de prestataires divers liés au secteur public, au secteur privé et à des organisations non gouvernementales (ONG). Cependant, la couverture des services est habituellement irrégulière et les zones rurales ne sont pas aussi bien desservies que les zones urbaines et périurbaines. Les coûts des services sont très variables et ces derniers sont généralement conçus pour la population générale et non pour les adolescents et les jeunes. Si les services sont fournis de façon appropriée, ils peuvent avoir des impacts positifs significatifs pour les jeunes.

4.5. Accès aux contraceptifs, utilisation et disponibilité de ceux-ci

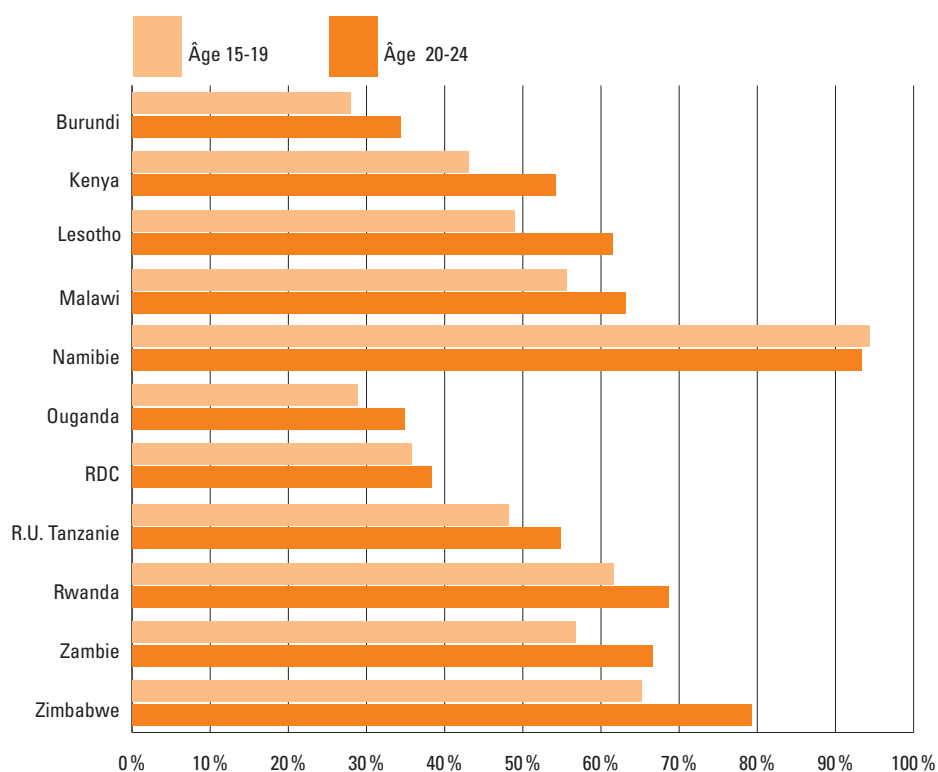
Les adolescents utilisent généralement peu les contraceptifs modernes. Malgré des niveaux élevés de connaissances concernant ces méthodes, beaucoup de jeunes n'utilisent pas de contraceptifs et certains les utilisent de façon irrégulière et incorrecte. En moyenne, les méthodes modernes de contraception couvrent environ 50 % des demandes de planification familiale des jeunes et les chiffres sont très disparates à travers les pays (Figure 4.1).

« À un moment, j'ai fait quelques recherches sur les grossesses d'adolescentes. Je disposais de toutes les connaissances nécessaires pour éviter que cela m'arrive et pourtant, quand j'ai eu 16 ans, je suis tombée enceinte. Les connaissances seules ne sont pas suffisantes. »

Une participante, Réunion de validation nationale, Botswana

¹⁷ La Commission mondiale sur le VIH et le Droit est une entité mondiale indépendante régie par des législateurs et conçue pour analyser et générer des données factuelles sur les droits et la loi dans le contexte du VIH, sensibiliser davantage les groupes constitutifs et élaborer des recommandations éclairées par le concret et fondées sur les droits. La Commission a publié son rapport cadre intitulé « Le VIH et le Droit : Risques, Droit & Santé » en 2012.

Figure 4.1 Pourcentage de demandes satisfaites par les méthodes modernes de planification familiale (toutes femmes confondues)



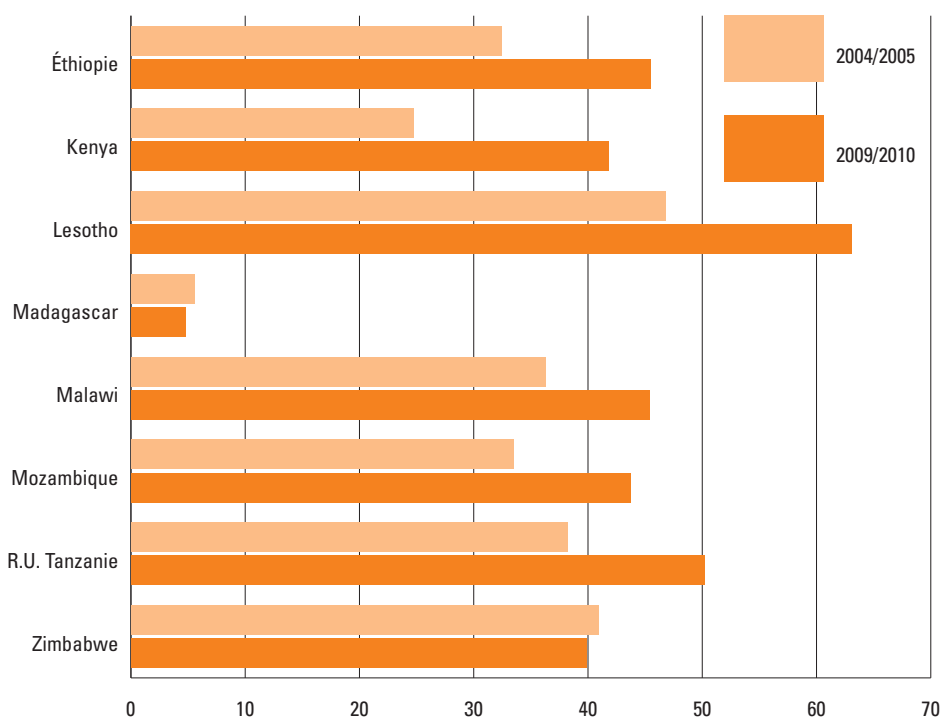
Source : Données de pays DHS, 2006–2011

Les taux d'utilisation des contraceptifs ont aussi tendance à diminuer lorsque la précarité économique augmente. Moins de 5 % des jeunes les plus pauvres utilisent des moyens modernes de contraception (UNFPA, 2012b). Certains des obstacles auxquels les jeunes sont confrontés pour obtenir des contraceptifs tiennent à leur disponibilité, leur accessibilité et leur acceptabilité (OMS, 2012b). Même lorsque les biens ou les services sont disponibles pour le grand public, ils peuvent ne pas l'être pour les jeunes du fait de la loi ou en raison des jugements de valeur personnels des prestataires de services. L'OMS a récemment recommandé des mesures pour dépasser ces obstacles à l'utilisation des contraceptifs à différents niveaux et celles-ci incluent : réformer les lois et les politiques pour permettre à tous les adolescents d'obtenir des informations et des contraceptifs, réduire le coût des services de contraception, éduquer les adolescents au sujet de l'utilisation des contraceptifs et renforcer le soutien communautaire dans la fourniture de contraceptifs aux adolescents (OMS, 2011b).

Les niveaux d'utilisation déclarée des préservatifs augmentent dans plusieurs pays de la région bien que les taux continuent à rester en dessous de 50% dans la majeure partie des cas (voir Figure 4.2). Une diminution de l'utilisation du préservatif a été remarquée dans des contextes restreints tels que l'Ouganda et le Rwanda. En outre, les connaissances concernant les préservatifs demeurent faibles dans plusieurs pays à prévalence élevée, en particulier parmi les jeunes femmes (ONUSIDA, 2012).

Il est essentiel de chercher à renforcer une utilisation correcte et régulière du préservatif chez les hommes et chez les femmes, ce dernier offrant une double protection contre la grossesse et les IST (y compris le VIH) et pouvant de ce fait être le dispositif le plus approprié pour les jeunes. Il est fondamental d'améliorer l'offre et la demande de préservatifs. En 2011, l'appui des donateurs n'a permis de mettre que neuf préservatifs masculins à disposition de chaque homme adulte de 15 à 49 ans en Afrique subsaharienne. La disponibilité des préservatifs féminins dans cette même région demeure extrêmement limitée.

Figure 4.2 Utilisation de préservatifs par des femmes sexuellement actives (15-19 ans) lors de leur dernier rapport sexuel



Source : Données DHS (www.hivdata.measuredhs.com)

Dans la plupart des pays, le secteur public, le secteur privé et d'autres acteurs (tels que les ONG) sont les principales sources de distribution des contraceptifs. Dans des pays comme l'Éthiopie, le Lesotho, le Malawi, la Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe, le secteur public joue un rôle beaucoup plus important dans la distribution des contraceptifs que tous les autres prestataires. La participation d'autres acteurs est cruciale pour compléter les efforts des gouvernements pour satisfaire la demande de contraceptifs. Pour certains pays tels que l'Ouganda, le secteur privé joue un rôle pratiquement aussi important que le secteur public dans la distribution de contraceptifs.

L'éducation au préservatif pour les jeunes fait souvent l'objet de controverses. Cependant, des données factuelles montrent, concernant les adolescents et les jeunes, que supprimer les informations au sujet des préservatifs au profit de messages prônant uniquement l'abstinence peut entraîner une hausse de l'incidence des rapports non protégés lors des premiers rapports sexuels et des attitudes négatives à l'égard des préservatifs (UNESCO 2009a).

Dans cette région, les parents soutiennent fortement l'éducation au préservatif des adolescents. Dans neuf pays au moins où l'on dispose de données (Burundi, Éthiopie, Kenya, Malawi, Namibie, Ouganda, Rwanda, Swaziland et Zambie), plus de 60 % des adultes sont pour que les enfants de 12 à 14 ans soient éduqués à l'usage du préservatif. Il est probable que les craintes d'éventuelle opposition parentale et/ou communautaire à la diffusion d'informations au sujet des préservatifs dans le cadre de l'éducation sexuelle soient davantage liées à la perception d'une opposition plutôt qu'à une opposition réelle et généralisée.

La contraception d'urgence offre une solution pour réduire le risque de grossesse après l'échec d'un contraceptif ou des rapports sexuels non protégés. Les femmes ont le droit d'avoir accès à des informations et à des services concernant la contraception d'urgence, exactement comme pour toute autre méthode sûre et efficace de planning familial.

Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans ayant plusieurs partenaires, qui ont déclaré utiliser un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Moyenne régionale :

Femmes : 34 %

Hommes : 45 %

Fourchette chez les femmes :

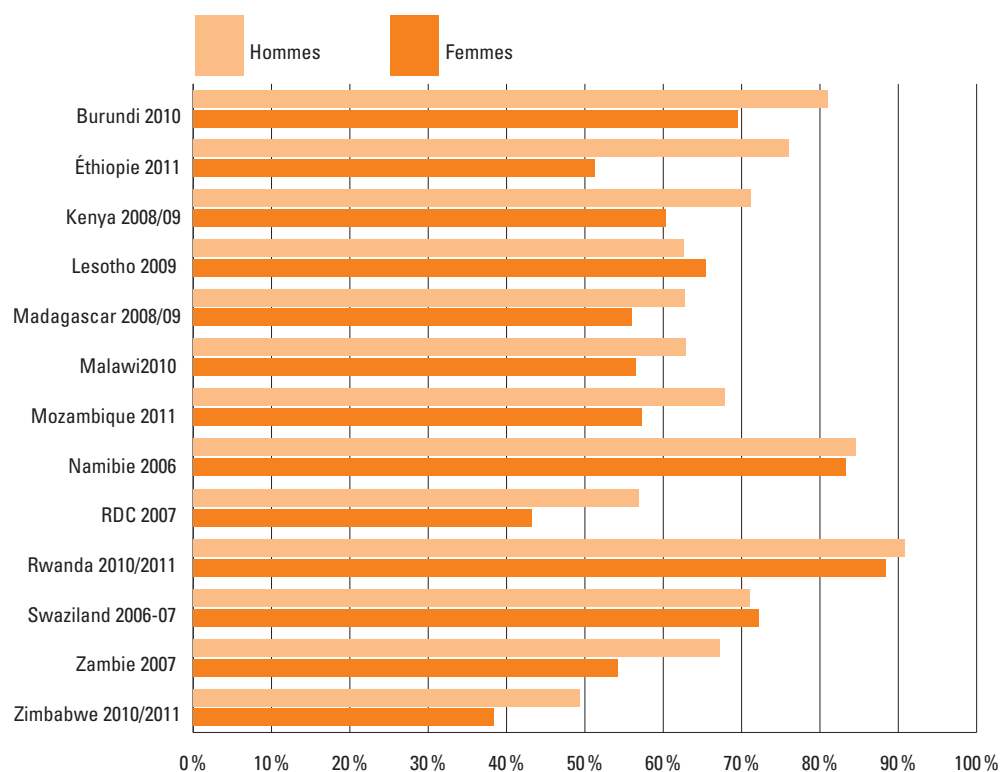
Haute : Namibie – 74 %

Basse : Madagascar – 3 %

Source : Données DHS

Les contraceptifs d'urgence sont actuellement agréés (ou autorisés et disponibles) dans des centres de santé ou des pharmacies dans tous les pays de la région¹⁸, mais les connaissances à leur sujet et leur utilisation varient selon les pays.

Figure 4.3 Proportion d'adultes de 18 à 49 ans soutenant l'éducation au préservatif pour les 12-14 ans



Source : Doyle, A et al, 2012

4.6. Circoncision masculine médicale volontaire

La circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) réduit chez les hommes le risque d'être infecté par le VIH lors de rapports sexuels vaginaux, ce qui en fait une composante de base d'une stratégie complète de prévention du VIH dans la région. L'OMS et l'ONUSIDA recommandent que la CMMV soit promue parallèlement à d'autres interventions de prévention, notamment le conseil pour la réduction des risques, l'accès et l'utilisation des préservatifs et le CDV. Les garçons adolescents sont un groupe cible fondamental des programmes nationaux de circoncision masculine, même si ces programmes sont actuellement peu reliés aux services de santé. Faire participer les garçons adolescents aux programmes de CMMV réduira non seulement le risque d'infection à VIH, mais fournira également une opportunité stratégique pour les faire participer à d'autres services de SSR et pour intégrer des interventions complémentaires de prévention du VIH. Une mise à grande échelle des programmes de CMMV est en cours dans 14 pays de la région d'Afrique orientale et australe.

18 Consortium international pour la contraception d'urgence (<http://www.cecinfo.org/country-by-country-information/status-availability-database/>), page consultée le 25 avril 2013.

4.7. Grossesses non désirées et réponses

En Afrique subsaharienne, le taux de grossesses non désirées chez les adolescentes continue de faire porter aux filles et aux jeunes femmes un fardeau excessif de responsabilités. Les risques sanitaires liés à la grossesse des adolescentes sont importants, notamment en raison de taux de mortalité maternelle plus élevés. Les coûts sociaux et financiers des maternités précoces sont élevés et incluent l'abandon de l'école, des pressions liées au commencement d'une nouvelle vie d'adulte et financières.

Malgré des lois restrictives concernant l'interruption de grossesse dans cette région¹⁹, un grand nombre de femmes ont néanmoins recours à des pratiques d'avortement. Toutefois, en raison du manque de réglementation, ces avortements sont souvent pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et peuvent entraîner des complications de santé à vie, voire des décès. La majeure partie des femmes qui subissent un avortement dangereux ont moins de 24 ans et les taux sont particulièrement élevés à travers l'Afrique. Parmi les 3,2 millions d'avortements effectués dans de mauvaises conditions de sécurité chez des femmes de 15-19 ans à travers le monde, pratiquement la moitié sont pratiqués en Afrique. Près de 54 % des grossesses non désirées d'adolescentes en Afrique subsaharienne concernent des femmes mariées.

La question de l'interruption de grossesse est une question complexe au niveau des droits et il existe dans les pays d'Afrique orientale et australe un très large éventail de positions législatives sur cette question²⁰. Les lois les plus restrictives sont celles qui n'autorisent l'avortement que pour sauver la vie de la femme, sans quoi la procédure reste purement et simplement interdite. Beaucoup de pays de cette catégorie, tels que l'Ouganda, Maurice et le Malawi, autorisent explicitement l'avortement lorsque la grossesse menace la vie d'une femme. Les lois les moins restrictives régissant l'avortement sont celles qui autorisent l'avortement sans l'assujettir à des motifs spécifiques, comme en Afrique du Sud.

Lorsque l'avortement est illégal, il existe néanmoins une demande et il est pratiqué dans des contextes non réglementés. Cette pratique peut entraîner des complications telles que des saignements excessifs, des infections ou des conséquences plus graves comme une perforation et, dans certains cas, un décès. Dans plusieurs pays d'Afrique, on estime que jusqu'à 70 % des femmes qui reçoivent un traitement pour des complications à la suite d'un avortement ont moins de 20 ans.

« Les adolescentes qui cherchent des services de soins post-avortement ont souvent des besoins et des expériences très différents des adultes dans la même situation. Les jeunes femmes et les filles sont vulnérables à des grossesses non désirées et à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité du fait de leur situation socioéconomique, de l'absence d'éducation sexuelle complète et de services de santé reproductive non adaptés à leurs besoins. Elles risquent plus d'être victimes de rapports sexuels sous la contrainte ou forcés et sont plus susceptibles d'avoir des connaissances insuffisantes en matière de contraception ainsi qu'un accès limité à celle-ci. »

Post-Abortion Care Consortium
www.pac-consortium.org

4.8. Mortalité maternelle et complications

Chez les adolescentes, la grossesse induit un taux de mortalité plus élevé que dans d'autres groupes d'âge. Du fait du développement physique non achevé de l'adolescente, d'autres complications sont également susceptibles de survenir. La fistule obstétrique est une blessure catastrophique liée à l'accouchement qui peut affecter toute femme ou fille qui subit un accouchement prolongé ou difficile sans bénéficier en temps voulu d'une césarienne d'urgence. En investissant dans un renforcement global des programmes de soins périnataux et en mettant en particulier l'accent sur la manière de sensibiliser les adolescentes et les jeunes femmes, on pourrait réduire de façon significative les taux de mortalité maternelle et les complications telles que la fistule.

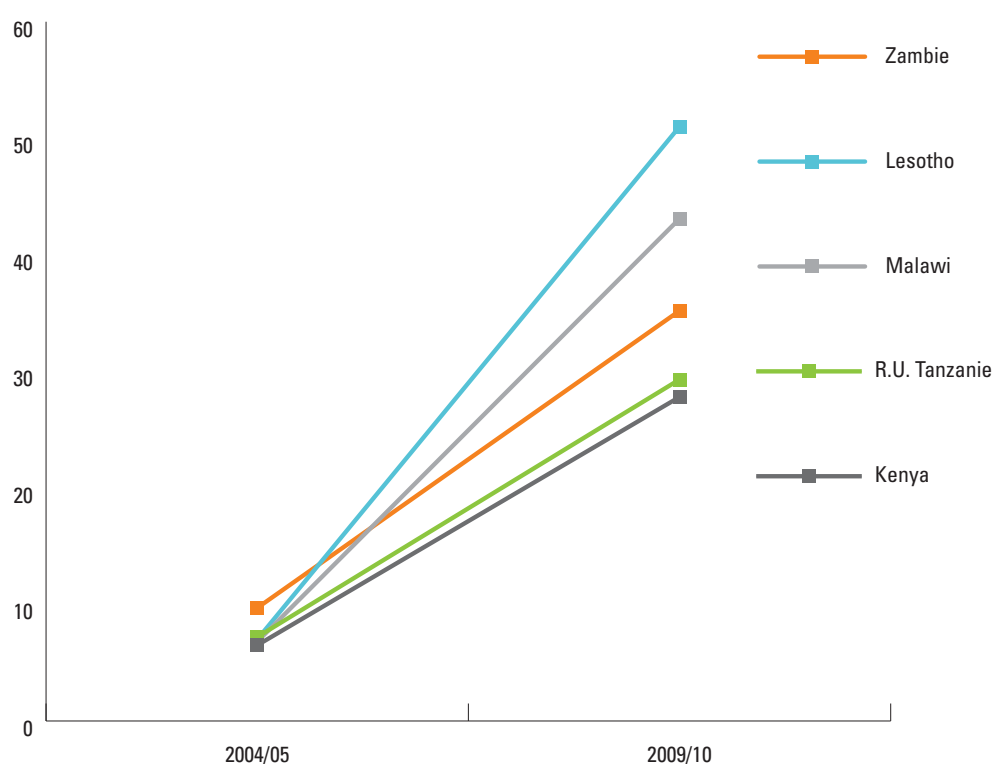
19 Advocates for Youth. (2011) (voir <http://www.advocatesforyouth.org/publications/1901-youth-and-unsafe-abortion-a-global-snapshot>).

20 Voir <http://worldabortionlaws.com/map/>

4.9. Accès au conseil et au dépistage du VIH

Des progrès significatifs ont été enregistrés dans beaucoup de pays d'Afrique orientale et australe pour élargir l'accès au conseil et au dépistage volontaire du VIH (CDV) à une majorité de la population (voir Figure 4.3). Ce service est également adopté par les jeunes. Parmi les indicateurs majeurs en matière de prévention au VIH chez les jeunes, l'accès au CDV a enregistré une augmentation fulgurante dans toute la région - augmentation bien supérieure par rapport à celles des niveaux de connaissances sur le VIH ou de l'utilisation du préservatif. Dans de nombreux pays, investir dans l'expansion du CDV fut un des éléments capital dans la prévention du VIH avec, dans certains pays, la mise en œuvre de campagnes de dépistage du VIH concerté et une intensification à grande échelle de sites dédiés au CDV. Au Malawi et au Zimbabwe, les jeunes entre 15 et 24 ans figurent parmi la plus importante cohorte en ce qui concerne l'utilisation du CDV, représentant approximativement 40 % des utilisateurs au total.

Figure 4.4 Pourcentage des femmes et des hommes âgés de 15 à 24 ans qui savent où faire un test du VIH, et pourcentage de ceux qui ont déjà fait un test



Avec le développement des programmes de traitement dans la région, les planificateurs de l'éducation et de la santé peuvent optimiser le CDV tant comme point d'entrée pour la prévention primaire et que comme moyen pour recenser les jeunes ayant besoin de soins et d'un soutien supplémentaires. Toutefois, l'importance du CDV repose sur la capacité des services de santé à garantir une fourniture appropriée de services de CDV accueillants pour les jeunes, réactifs, facilement accessibles et de bonne qualité, et reliés à des services de diagnostic, de traitement et de soins.

De nombreux pays de la région ont développé des directives CDV comprenant des éléments qui abordent les besoins spécifiques des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Ces besoins sont abordés de manière plus explicite dans des directives globales telles que la prochaine publication de l'OMS « Guide sur le conseil et le dépistage volontaire pour les adolescents,

et traitements et soins pour les adolescents vivant avec le VIH : Recommandations pour une approche de santé publique (OMS, 2013)

Il existe une série d'obstacles qui empêchent les jeunes d'avoir accès au CDV – qui vont de la disponibilité des services aux inquiétudes relatives à la confidentialité, à une perception floue des risques, à la peur d'être stigmatisé et jusqu'à la perception des conséquences de la séropositivité au VIH. En Afrique du Sud, des recherches ont montré que la peur de la stigmatisation peut être l'un des obstacles les plus importants à l'utilisation des services de CDV (Meiberg et al., 2009).

L'annonce du statut VIH est particulièrement délicate pour les jeunes dépistés séropositifs ou qui vivent déjà avec le VIH (UNICEF, 2011). Les recommandations de l'OMS (2013) clarifient davantage les questions relatives à la fourniture de services efficaces dans le respect de l'éthique destinés aux adolescents et fournissent parallèlement des directives opérationnelles. Ces orientations recommandent que « les adolescents soient conseillés concernant les éventuels points positifs et risques liés à l'annonce de leur statut VIH et qu'on leur fournisse des moyens et un soutien pour décider si, quand, comment et à qui ils font cette annonce. L'annonce doit toujours être un choix et les lois ou pratiques qui imposent l'annonce, y compris les lois régissant l'accès à l'éducation, doivent être supprimées ». Selon que la transmission du VIH s'est produite pendant la période périnatale ou pendant l'adolescence, la prise de connaissance d'un diagnostic de séropositivité et la gestion de ce diagnostic seront très différentes.

Une enquête dans des centres de santé des neuf provinces de Zambie a révélé que bien que des services de CDV soient intégrés dans la plupart des centres de soins du pays, 15 % seulement proposaient des services de PTME/CTV conviviaux pour les jeunes (fourchette de 32 % dans le Nord à 7 % dans le Sud, avec un taux de 16 % à Lusaka). Il semble que les centres publics proposent plus de services accueillants pour les jeunes que les centres des ONG. Parmi les centres fournissant des services conviviaux pour les jeunes, 75 % avaient au moins un prestataire formé aux directives pour accueillir des jeunes. L'offre limitée de services conviviaux pour les jeunes est imputable à un manque de financements et d'espace pour fournir des services distincts destinés aux jeunes.

D'autres orientations de l'UNESCO et de GNP+ (Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH) décrivent la responsabilité du secteur de l'éducation dans la réponse aux besoins des jeunes vivant avec le VIH, en mettant l'accent sur la confidentialité et en garantissant que l'annonce du statut VIH n'est pas une condition préalable à l'accès à l'éducation (UNESCO, 2012b).

4.10. Accès au traitement du VIH

D'après les dernières estimations, 2,6 millions de jeunes de 15 à 24 ans (ONUSIDA, 2013) et entre 1,8 et 2,4 millions d'adolescents de 10 à 19 ans vivent avec le VIH en Afrique orientale et australe (UNICEF, 2011). Les jeunes femmes de cette région ont plus de deux fois plus de risque de devenir séropositif que les jeunes hommes, ce qui rend l'accès à l'éducation et aux services de SSR (tels que la prévention des grossesses ou la PTME) encore plus essentiel.

Les jeunes qui vivent avec le VIH sont confrontés à un certain nombre de difficultés : l'accès au traitement du VIH, la violation de la confidentialité, la stigmatisation et la discrimination des familles, des communautés, des écoles et des prestataires de services. Les jeunes qui vivent avec le VIH ont un accès limité aux informations qui permettent de prendre des décisions concernant les rapports sexuels et l'annonce de leur statut. Leurs droits à l'éducation et à l'emploi peuvent aussi être ignorés.

Les taux de perte de patients sont élevés dans les services de test et de traitement du VIH et d'autres patients sont perdus pendant le suivi. Une étude portant sur plusieurs pays de la région (Lamb *et al.*, 2012) a montré que le groupe des adolescents de 14 à 19 ans avait le taux de « perdus de vue » le plus élevé de tous les groupes, avec plus de 50 % des patients perdus de vue pendant la période qui précède la mise sous traitement antirétroviral. Trente pour cent des jeunes de 15 à 24 ans sont perdus de vue après avoir commencé un traitement antirétroviral. Des stratégies et des orientations sont en cours d'élaboration afin de répondre aux besoins spécifiques des adolescents et des jeunes qui vivent avec le VIH – pour garantir leur intégration et leur maintien au sein des programmes de test, de soins et de traitement. La reconnaissance des différents stades de la progression de la maladie entre les personnes ayant une infection périnatale et les personnes ayant une infection liée à leur comportement pendant l'adolescence ou la jeunesse est aussi une composante importante de la fourniture des soins et du traitement contre le VIH.

Pour les jeunes de la région, les insuffisances considérables des services de SSR sont particulièrement problématiques compte tenu du nombre croissant d'adolescents et de jeunes qui vivent avec le VIH en Afrique orientale et australe et désirent satisfaire leurs droits à la santé et avoir des relations sexuelles en toute sécurité.

Les données factuelles d'études qualitatives sur des jeunes vivant avec le VIH qui ont accès au traitement contre le virus par l'intermédiaire de dispensaires de soins montrent qu'il est éminemment nécessaire de traiter conjointement les questions du VIH et de la SSR. En Ouganda et au Kenya, les jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le virus déclarent vouloir des enfants et des relations autant que les jeunes non infectés du même groupe d'âge. Plus d'une adolescente sur dix (statut VIH non précisé) de plus de 17 ans tombe enceinte (chiffre passant à plus de 1 sur 5 à l'âge de 19 ans). Il faut privilégier des méthodes de conception et d'accouchement sans risque dans la région, en mettant l'accent sur l'accès à vie au traitement antirétroviral et à la PTME. Les jeunes qui reçoivent des soins contre le VIH en Afrique orientale et australe sont majoritairement des filles qui ont été aiguillées par des services de PTME, et il faut lancer de nouvelles initiatives pour développer le CDV et d'autres voies d'accès aux soins et au traitement pour tous les adolescents et les jeunes. De même, le nombre de jeunes ayant été infectés au moment de leur naissance augmente grâce à l'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral pédiatrique.

En 2012, environ 6.2 millions de personnes dans la région recevaient des traitements antirétroviraux passant à 625,000 en 2005, et représentant une couverture de traitement antirétroviral de 64% pour toutes les personnes nécessitant ces traitements (ONUSIDA, 2013). Fin 2011, le Botswana, la Namibie, le Rwanda, le Swaziland et la Zambie avaient tous atteint une couverture supérieure à 75 % et les niveaux de couverture au Kenya, au Malawi, en Afrique du Sud et au Zimbabwe étaient compris entre 60 % et 80 %.

Cependant, et ceci reste un problème majeur, des obstacles existent par rapport à la couverture de traitement antirétroviral entre tous la population de la région. Certains pays sont parvenus à une couverture générale se situant en-dessous de 40 % (Madagascar, l'Angola, Maurice, et le Sud Soudan). En 2011, avec un pourcentage de 33% en moyenne, la couverture des traitements pour les enfants de moins de 15 ans était jugée « trop faible et inacceptable » dans l'ensemble. Les hommes dans la région semblent avoir moins tendance à démarrer un traitement antirétroviral que les femmes. Une plus grande ventilation des données est requise pour pouvoir comprendre quels sont les accès aux traitements parmi les adolescents et les jeunes.

Un certain nombre de cliniques spécialisées dans les traitements antirétroviraux pour les adolescents et pour les jeunes existent dans la région et fournissent un service essentiel pour pallier les insuffisances entre les services pédiatriques et ceux destinés aux adultes. Cependant, ces adolescents et ces jeunes vont avoir besoin de services de traitement antirétroviral permanents adaptés à leurs besoins – services qui tiennent compte de la durée passée de leur traitement et d'un éventuel accès à des schémas thérapeutiques de deuxième ou de troisième intention.

À mesure que les jeunes augmentent en pourcentage de la population totale de patients atteints de l'infection au VIH, il faudra – pour qu'ils continuent à recevoir des soins et à observer leur traitement – que ces services s'adaptent davantage à leurs besoins.

4.11. Fourniture de services conviviaux pour les jeunes

Pour la majorité des jeunes de cette région, l'accès à des formes modernes de contraception, aux préservatifs, à un avortement dans de bonnes conditions, au conseil et au test des IST/du VIH ou au traitement du VIH est très sérieusement limité. Un examen des incohérences des politiques ou des lois contribuera à réduire beaucoup d'obstacles qui ont été énoncés précédemment et à fournir un cadre clair pour que les prestataires de santé puissent recevoir des clients adolescents et jeunes, en fonction de leurs besoins et sur la base d'une politique de santé publique efficace.

La fourniture de services de SSR par le biais de canaux appropriés, au bon moment et par un personnel qui est attentif aux besoins de ses clients est essentielle pour atteindre les adolescents et les jeunes. Les services accueillants/conviviaux pour les jeunes sont ceux qui ouvrent à des horaires qui leurs sont adaptés et se situent dans des lieux où les jeunes se sentent en sécurité et à l'aise pour y accéder. Le plus important est que les clients jeunes ne doivent pas être confrontés au jugement ou à la stigmatisation du personnel et qu'ils devraient avoir confiance dans le respect de leur confidentialité.

On peut établir ces services dans un lieu existant dédié aux jeunes (ex : une maison des jeunes) ou ils peuvent être une composante conçue à dessein d'un centre de santé déjà existant (ex : un dispensaire pour les jeunes ouvert un jour donné en dehors des horaires scolaires).

La fourniture de services accueillants pour les jeunes n'entraîne pas nécessairement la mise en place d'un service distinct et, en réalité, cette approche n'est pas viable dans de nombreux cas. Il sera donc essentiel de former les prestataires de services (ex : infirmiers, médecins et travailleurs de santé communautaires) aux questions relatives aux adolescents et de maintenir des normes globales de qualité concernant la confidentialité dans les services généraux pour mettre à grande échelle et pérenniser des services accueillants pour les adolescents et les jeunes.

Le nombre de personnes du groupe des 10-24 ans ne cessant d'augmenter, tous les prestataires de SSR doivent chercher à fournir des services appropriés pour les jeunes – qui constituent un segment fondamental de leur clientèle. Tout service qui ne répond pas à leurs besoins spécifiques ou qui ne prend pas de mesures pour s'assurer que le service est accessible passe à côté d'un segment important et essentiel de la population. Les investissements consacrés à des formations du personnel, des protocoles médicaux et des protocoles de services qui sont axés sur les besoins des adolescents devraient favoriser une augmentation du nombre de jeunes qui ont accès aux services de santé et y sont fidèles.

« Les prestataires sont souvent en porte-à-faux et ne sont pas à l'aise pour fournir des services aux jeunes qui sont sexuellement actifs. Les jeunes hésitent à accéder aux services existants parce qu'ils ne sont pas « accueillants pour les jeunes » et sont susceptibles de ne pas répondre à leurs besoins. Enfin, les membres de la communauté pensent souvent que les jeunes ne devraient pas avoir accès aux services de santé sexuelle et reproductive. »

EngenderHealth, 2002 Youth-Friendly Services: A manual for Service Providers

4.12. Liens avec l'éducation

Peu de preuves factuelles peuvent être obtenues auprès de la région en ce qui concerne les activités entreprises entre les secteurs de l'éducation et de la santé dans l'élaboration de programmes conjoints, le suivi et l'évaluation de services et d'éducation en matière de SSR pour les adolescents et pour les jeunes. Des discussions et des projets pilotes pour le dépistage du VIH à l'école ont été entrepris en Afrique du Sud et au Zimbabwe, par exemple, mais les questions complexes relatives au consentement et à la confidentialité ont incité à réfléchir avant de mener de telles actions.

4.13. Conclusions

Pour réduire les insuffisances inhérentes aux services, il faut combiner plusieurs approches :

- Accroître la demande de services des adolescents et des jeunes, en particulier via un développement de l'éducation sexuelle.
- Accroître l'offre de biens essentiels, en particulier l'offre de préservatifs à des fins de double protection (VIH et grossesse), et améliorer les attitudes à l'égard de l'utilisation du préservatif.
- Supprimer ou clarifier les obstacles juridiques à l'accès, tels que l'âge de la majorité pour les services, et sensibiliser davantage les jeunes à ces changements.
- Améliorer la convivialité à l'égard des jeunes dans les services existants en mettant particulièrement l'accent sur une réduction de la stigmatisation et de la discrimination auxquelles les jeunes sont confrontés et améliorer les attitudes des prestataires de services.
- Faciliter l'intégration et les aiguillages entre les différents domaines des services, relier les services de SSR et les services de prise en charge du VIH.
- S'assurer qu'une gamme complète de services combinés de prévention du VIH (incluant les préservatifs, la CMMV et le CDV) et le traitement soient disponibles et spécifiquement adaptés et ciblés pour les adolescents et les jeunes.
- Renforcer les liens entre les services d'éducation et de santé, par le biais, par exemple, de mécanismes d'aiguillage entre les écoles et les services de santé, de la participation des personnels de santé aux services d'éducation, d'un plus grand appui des écoles pour une meilleure connaissance du traitement du VIH, d'un appui au traitement et d'un maintien global de la confidentialité.
- Améliorer davantage la coordination entre les secteurs (public, privé et ONG) pour garantir une couverture des services appropriés et nécessaires en tout lieu.
- Renforcer le suivi et la communication de données sur les services destinés aux adolescents et aux jeunes, et renforcer la boucle de rétroaction pour éclairer la planification des services.

5. QUESTIONS RELATIVES AU GENRE, AUX DROITS ET CONTEXTUELLES



Le genre, les droits, les pratiques culturelles, la pauvreté et d'autres facteurs structurels sont autant de questions transversales dont il faut tenir compte lorsque l'on s'intéresse à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes.

5.1. Genre

L'inégalité des sexes et la violence basée sur le genre sont des problèmes extrêmement préoccupants en Afrique orientale et australe. Le Protocole sur le genre et le développement de la SADC (2008) fixe des objectifs importants à atteindre d'ici à 2015 en termes d'éducation, de santé et d'égalité des sexes – qui concernent tous directement l'initiative en faveur de l'engagement des ministres des pays d'Afrique orientale et australe. Ce protocole juridiquement contraignant a été considéré comme une étape majeure sur la voie de l'autonomisation des femmes, de l'éradication de la discrimination et de la réalisation de l'égalité et de l'équité+ entre les sexes dans la région. Au niveau de la santé et des services, les différences d'impact sur les garçons et les filles, et les hommes et les femmes, sont tout à fait visibles dans de nombreux cas. Les programmes efficaces d'éducation sexuelle complète accordent de plus en plus d'importance au

genre, et un programme qui intègre une analyse de la question de la différence hommes-femmes est susceptible d'être plus efficace pour faire évoluer les résultats de santé qu'un programme uniquement axé sur les comportements individuels. Les contenus actuels peuvent s'intéresser à certains éléments liés au genre, mais la plupart des programmes doivent être repensés afin de s'attaquer de façon appropriée à l'inégalité des sexes, aux normes sexospécifiques et à la violence basée sur le genre. Un certain nombre d'initiatives et de groupes de travail de haut niveau œuvrent actuellement à promouvoir l'égalité des sexes en Afrique orientale et australe.

Au cours de leur adolescence le monde des filles est souvent restreint et fermé dans la mesure où ayant été retirées de l'école leurs réseaux sociaux et leur liberté de manière générale diminuent considérablement. Sans ce capital social et la confiance qui va de pair, les filles ne peuvent par conséquent ni s'affirmer en tant que décideurs au sein même de leur famille ni en tant que citoyennes dans leurs communautés et leurs chances de réussir comme acteurs économiques est fort peu probable.

Les trajectoires des garçons et des filles sont non seulement très différentes mais il y a des inégalités croissantes parmi les jeunes au niveau national et international et si des jeunes progressent d'autres sont laissés pour compte.

La dernière mise à jour d'activités de suivi de la région SADC fait ressortir les tendances clés dans un plus large contexte en termes de progrès garantissant le droit des filles et des femmes ainsi que l'égalité des genres (Tableau 5.1).²¹

Tableau 5.1 Progrès vers la mise en œuvre du Baromètre de la SADC sur le genre et le développement, 2013

Défis	Succès
<p>Les attitudes patriarcales ont toujours eu lieu, apparents dans les stéréotypes du genre à l'école, sur le lieu de travail et dans les médias, de même que dans les structures de décision dans tous les domaines où prédominent les hommes. Les lois coutumières engagent les dispositions constitutionnelles avec quelques ramifications dans plusieurs pays. Le cas de la femme du Lesotho privée de son droit d'être chef après la mort de son père est un rappel glacial des valeurs patriarcales profondément enracinées.</p> <p>Les crimes haineux contre les lesbiennes grandement évoqués dans la presse en Afrique du Sud est un autre rappel de la combinaison mortelle entre l'homophobie et la misogynie persistante dans plusieurs pays de la région.</p> <p>La violence basée sur le genre (VBG) demeure l'indicateur le plus éloquent de l'absence de droits et d'organisation des femmes : les niveaux choquants de violence basée sur le genre révélés dans les récentes études de prévalence (de 25 % à Maurice à presque 80 % dans les quatre districts de Zambie) indiquent qu'une femme sur trois si ce n'est davantage, a vécu une forme de violence basée sur le genre durant son existence.</p>	<p>L'éducation est encore l'étoile filante dans la région de la SADC : la parité est en passe d'être atteinte à tous les niveaux. La division du genre dans le travail dans les matières à l'étude change graduellement et résultera éventuellement en une modification de la division du genre dans la main d'œuvre.</p> <p>Les réformes constitutionnelles ont emmené des bénéfices tangibles : Un des succès majeurs de l'Alliance durant la dernière année a été de placer le genre à l'agenda des réformes constitutionnelles dans dix pays, en particulier à Maurice, au Zimbabwe, et en Zambie. Comme apparent l'an dernier, ces réformes commencent à porter leurs fruits. A Maurice, l'amendement constitutionnel a ouvert la voie à un quota pour les femmes lors des élections locales et ceci a eu pour résultat une augmentation des femmes au sein des collectivités locales aux élections de 2012. La nouvelle Constitution zimbabwéenne s'est départie de ses clauses restrictives et garantit aux femmes 22 % de sièges à l'assemblée nationale.</p>

21 Extrait du Baromètre de la SADC sur le genre et le développement 2013 (<http://www.genderlinks.org.za/article/sadc-gender-protocol-2013-barometer-2013-08-07>)

Défis	Succès
<p>Un recul dans les élections : Hormis quelques exceptions, la dernière série d'élections a été décevante : la baisse dans la représentation féminine aussi bien au niveau national que local en Angola et au Swaziland l'an dernier ; des niveaux bas persistants de représentation féminine en RDC, et la hausse marginale dans la représentation féminine lors des élections générales au Lesotho en mai 2012 sont un rappel des fragiles gains obtenus par les femmes dans la sphère politique.</p> <p>L'économie est encore un privilège masculin : les femmes n'ont toujours pas suffisamment accès aux prises de décisions économiques (26 %), aux terres, au crédit et aux autres moyens de production. Elles constituent la majorité des pauvres, des chômeurs, des dépossédés et de ceux travaillant dans le secteur informel.</p> <p>Les femmes n'ont pas leur mot à dire dans les décisions affectant leurs vies : Que ce soit dans la chambre à coucher ou au conseil d'administration, les femmes sont dans la pratique sans voix, ayant très peu leur mot à dire par exemple sur le port du préservatif qui est pourtant si essentiel à prévenir l'étendu du VIH/SIDA.</p> <p>L'absence de voix féminine se reflète aussi dans les médias où le pourcentage de femmes sources a marginalement augmenté, passant de 17 % en 2003 à 22 % dans un exercice d'auto-monitorage effectué auprès de 76 entreprises de presse de la région.</p> <p>Le VIH/SIDA continue à menacer les gains fragiles obtenus : la majorité des nouvelles infections au VIH touche les jeunes femmes. Ce sont aussi elles qui sont majoritairement les pourvoyeuses de soins aux PVVIH</p>	<p>Les campagnes 50/50 sont dans la cible : Dix élections dans la région de la SADC auront lieu entre août 2013 et décembre 2015. Des projections détaillées dans le Baromètre indiquent que si la campagne en faveur de la parité dans tous les domaines se poursuit de façon rigoureuse, la région devrait atteindre l'objectif initial de 30% de femmes dans toutes les instances de décisions nationales et locales avec quatre pays se rapprochant des 40% de représentation féminine ou le dépassant.</p> <p>De bonnes nouvelles sur le front du VIH/SIDA pour la toute première fois : le Baromètre 2013 est porteur de bonnes nouvelles sur le front du VIH/SIDA pour la première fois. Les décès liés aux complications du VIH dans la région ont diminué par 32% depuis 2001 en raison de la thérapie antirétrovirale. Dans sept pays de la SADC, la prévention de l'infection de la mère à l'enfant est supérieure à 80%. Bien que les disparités du genre continuent à être une force majeure de la pandémie, il y a quelques preuves de changement dans les schémas de comportements sexuels qui induisent une réduction du VIH/SIDA.</p> <p>Une meilleure compréhension et une approche plus globale de la VBG : Les six études de base sur la violence basée sur les femmes ont aidé à établir la disparité entre les statistiques policières et les niveaux réels de VBG. Ces études ont aussi montré que les plus hauts niveaux de violence – psychologiques et économiques – sont aussi ceux qui sont les moins rapportés. Ces résultats ont accéléré la campagne pour des études régulières de cette nature afin de renforcer les plans d'actions nationaux pour mettre un terme à la violence basée sur le genre.</p>

Source : Extraits tirés du Baromètre de la SADC sur le genre et le développement 2013 (voir <http://www.genderlinks.org.za/page/sadc-research>)

5.2. Droits, stigmatisation et discrimination

Dans la plupart des pays d'Afrique orientale et australe, les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH s'engagent dans une réponse au virus fondée sur les droits. De plus en plus, les pays votent des lois et instaurent des politiques susceptibles d'aider à éradiquer la stigmatisation et la discrimination. L'ensemble de l'Afrique orientale et australe a largement pris conscience de la nécessité de désamorcer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Cependant, les autorités ne prennent pas partout des mesures programmatiques efficaces pour s'attaquer aux violations des lois et des droits humains dans le contexte du VIH. La dernière étude régionale de l'ONUSIDA a rapporté que « la région a besoin d'un leadership et d'efforts considérables pour aborder les questions liées aux droits humains, à la stigmatisation et à la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH. La réponse au VIH axée sur les personnes est une particularité majeure dans cette région comme ailleurs » (ONUSIDA, 2013).

La stigmatisation, la discrimination et la criminalisation de certaines populations clés, telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les adolescents victimes de l'exploitation sexuelle et les jeunes qui consomment des drogues, limitent l'efficacité des programmes destinés à améliorer leur SSR, notamment à réduire leur risque d'infection par le VIH. Les populations clés sont souvent encore plus marginalisées parce qu'elles sont à la

fois jeunes et exposées au risque. Les adolescents et les jeunes qui sont gays, lesbiennes, transgenres ou intersexués (LGBTI) constituent une population vulnérable en Afrique orientale et australe, une population qui a besoin de réponses spécifiques de la part des secteurs de la santé, de l'éducation et des institutions en charge de la protection des droits des jeunes. Un certain nombre d'études ont notamment signalé les taux élevés de prévalence du VIH chez les HSH adultes.

5.3. Violence basée sur le genre

La violence basée sur le genre est très répandue en Afrique orientale et australe. Elle prend de nombreuses formes et inclut la violence sexuelle (ex : viol, rapport sexuel forcé, viol conjugal) et un ensemble d'autres pratiques bien documentées (ex : violence domestique, contrainte sexuelle, violence entre partenaires intimes). Plus récemment, le phénomène de violence basée sur le genre en milieu scolaire fait l'objet d'une attention croissante eu égard à son impact non seulement sur les filles et les jeunes femmes, mais aussi sur les garçons et les jeunes hommes. Une étude récente montre qu'un jeune adolescent sur cinq et 30 % des femmes de moins de 24 ans ont été victimes de violence sexuelle dans la région (référence à vérifier). Le harcèlement homophobe est une forme de plus en plus admise de violence basée sur le genre dans les milieux scolaires et communautaires. Certains cas extrêmes de violence prennent la forme d'attaques ciblées de jeunes femmes identifiées comme lesbiennes ou ayant des comportements non conforme à leur sexe. L'éducation et les services de santé ont, comme d'autres partenaires, des rôles essentiels à jouer pour combattre la violence, en particulier en ce qui concerne le risque accru d'infection à VIH auquel les victimes sont confrontées.

5.4. Parents et familles

À plusieurs reprises, des études ont montré que les comportements positifs des parents influencent les attitudes des enfants, qu'il s'agisse d'acceptation de l'éducation sexuelle et de l'utilisation du test de dépistage du VIH ou des contraceptifs. Les parents se reposent souvent sur les enseignants ou sur les travailleurs de santé pour répondre aux besoins de développement des jeunes, en particulier les besoins considérés comme plus privés, sexospécifiques ou culturels. Contrairement à ce que l'on croit généralement, les adultes apportent un soutien de plus en plus important dans la région d'Afrique orientale et australe, y compris sur des questions sensibles comme l'éducation au préservatif.

Les parents et la famille jouent un rôle essentiel dans le développement des attitudes, des normes et des valeurs liés aux rôles sexospécifiques, à la sexualité et au statut des adolescents et des jeunes dans la communauté. Les valeurs fondamentales prônées par les institutions confessionnelles ont aussi une influence sur les jeunes notamment en ce qui concerne l'importance de la famille, la solidarité et les approches positives de la vie. Dans de nombreuses communautés, en effet, la sexualité est considérée comme quelque chose de précieux qui nécessite protection et soin. Les approches confessionnelles dans la réponse à l'épidémie de VIH ont fait preuve d'une efficacité, d'innovation et de valeur considérables. Tous ces facteurs contribuent nettement à supprimer les obstacles et ainsi obtenir une amélioration des résultats scolaires et sanitaires chez les adolescents et les jeunes – plus particulièrement en rendant l'éducation sexuelle et les services sanitaires non seulement plus accessibles mais favorisant aussi leur soutien.

5.5. Conclusions

Cette section a pour objectif de mettre en évidence les liens et les interactions communs entre un ensemble de paramètres contextuels vus sous l'angle du genre et des droits humains. À toutes ces questions, il faut apporter des réponses qui protègent fondamentalement les droits des filles et des jeunes femmes, et s'attaquent à l'inégalité entre les sexes et aux normes sexospécifiques. Les jeunes hommes et les garçons font aussi partie de l'équation en ceci qu'il faudra qu'ils s'engagent activement à faire évoluer le statu quo pour parvenir à une autonomisation des filles et des jeunes femmes.

Les recommandations du Groupe de personnalités de haut niveau chargé du programme de développement post-2015 (ONU, 2013) indiquent très clairement où l'initiative en faveur de l'engagement des ministres des pays d'Afrique orientale et australe peut et doit avoir un impact déterminant sur les chances de vie des filles et des jeunes femmes de la région dans les prochaines années :

- **Genre et droits** – faire du genre et des droits une composante non négociable des réponses aux besoins des adolescents et des jeunes.
- **Jeunes vulnérables** – protéger les droits humains des jeunes vulnérables et utiliser tous les moyens disponibles pour leur assurer un accès aux services de prévention et de soins.
- **Violence basée sur le genre** – appliquer effectivement les politiques et les lois qui prônent la tolérance zéro et apporter un soutien aux enfants et aux jeunes, en particulier aux filles et aux femmes.
- **Violence basée sur le genre en milieu scolaire** – éradiquer la culture de la violence dans les écoles et autour de celles-ci.
- **Facteurs structurels, y compris la pauvreté** – permettre aux filles d'achever leur scolarité dans le primaire, d'entrer dans le secondaire et d'aller au bout d'une éducation de base d'au moins 10 ans.
- **Religion** – obtenir des chefs religieux et culturels qu'ils soutiennent l'accès à l'éducation et aux services de santé sexuelle et reproductive, et la protection des droits des filles et des femmes.
- **Parents et familles** – obtenir des parents qu'ils s'impliquent davantage dans la transition de leurs enfants vers une vie d'adulte en bonne santé.
- **Mariage des enfants** – identifier les « lieux critiques » de la région et utiliser les lois et les politiques existantes pour protéger les droits des filles et des jeunes femmes.

6. RECOMMANDATIONS



L'Afrique orientale et australe recèle un potentiel considérable visible au niveau d'une explosion démographique de sa jeunesse (158 millions d'adolescents et de jeunes, soit 33 % de la population régionale) qui recueillera les fruits d'une amélioration de l'éducation et de la santé. Au cours des vingt prochaines années, les jeunes dynamiseront le développement. Aujourd'hui, les adolescents et les jeunes d'Afrique orientale et australe sont confrontés à tout un ensemble de difficultés au niveau de la santé, de l'éducation et des réalités socioéconomiques qui ont un impact sur la vie de leurs familles et de leurs communautés. Si l'on veut accélérer le changement, il faut un leadership audacieux, des actions osées et des mesures déterminées pour éliminer les obstacles au progrès. C'est maintenant que ces changements dans le domaine de la santé et de l'éducation doivent être opérés, et une implication des jeunes pour dessiner leur propre avenir est capitale.

L'initiative en faveur de l'engagement des ministres des pays d'Afrique orientale et australe aspire à la réalisation d'une vision pour l'avenir, *celle d'un Africain jeune, citoyen du monde, autonome, éduqué, en bonne santé, résilient, socialement responsable, décideur autonome et capable d'exploiter tout son potentiel et de contribuer au développement de sa communauté, de son pays et de sa région.*

Mais comment faire pour nous approcher de la réalisation de cette vision ?

1. Il faut un leadership audacieux et des actions osées

Le Programme d'action de la CIPD (1994) et d'autres conventions internationales ultérieures ont déjà pris des engagements pour améliorer la SSR et promouvoir l'égalité des sexes par le biais de l'éducation et des services. Cependant, 20 ans après les premières promesses, les niveaux des

grossesses non désirées, des IST (y compris du VIH) et de beaucoup d'autres problèmes de santé affectant les jeunes restent aujourd'hui encore des sujets de préoccupation en Afrique orientale et australe. Parallèlement, les jeunes de la région demandent de toute urgence un accès à une éducation sexuelle complète et des services de santé de bonne qualité, comme indiqué dans l'Appel à l'action du Mali, la Déclaration du Forum mondial de la Jeunesse de Bali et les consultations régionales sur l'après-2015. Les gouvernements d'Afrique orientale et australe ont la possibilité d'affirmer leur leadership et de s'appuyer sur le soutien des jeunes, de la société civile et des partenaires de développement. L'heure est venue pour les secteurs de l'éducation et de la santé de s'engager en menant des actions audacieuses pour mettre à grande échelle les composantes fondamentales de la CIPD et des principales conventions régionales, notamment le Plan d'action de Maputo et le Protocole de la SADC sur le genre et le développement.

2. Reconnaître l'évolution des réalités de la vie des adolescents et des jeunes

La mondialisation, l'accès à de nouvelles techniques de communication, l'urbanisation rapide et l'évolution des normes sociales sont tous des facteurs qui obligent les adolescents et les jeunes de la région à faire face à de nouvelles réalités. Loin d'être des suiveurs passifs, ces jeunes sont en réalité nombreux à se situer aussi à l'avant-garde du changement dans leurs communautés et parmi leurs pairs. L'évolution de ces réalités est visible au niveau des relations, des décisions concernant le comportement sexuel et du passage à l'âge adulte.

La majeure partie des jeunes de la région ne commencent à devenir sexuellement actifs qu'après 18 ans. Cependant, une minorité significative de plus de 42 % d'adolescents dans plus de la moitié des pays de la région sont déjà sexuellement actifs à 18 ans. Au Mozambique, on estime même que 25 % des adolescents sont sexuellement actifs dès 15 ans. Il est clair qu'un grand nombre d'adolescents et de jeunes d'entre 15 et 20 ans ont différentes relations et sont sexuellement actifs, aussi bien au sein du mariage qu'avant. Quel que soit leur statut conjugal, il est essentiel que ces jeunes aient accès à l'éducation, aux services et aux biens dont ils ont besoin pour se préparer à devenir des adultes et rester en bonne santé. Les services nécessaires doivent inclure les éléments suivants (sans toutefois s'y limiter) : les formes de contraception modernes et sûres, les préservatifs, le test de dépistage du VIH, le traitement contre le VIH, l'accouchement dans de bonnes conditions de sécurité et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Malgré tout un ensemble d'engagements sur la santé reproductive en général pris au niveau politique, il est intéressant d'avoir des débats ouverts, francs et éclairés par le concret qui examinent les réalités auxquelles les jeunes sont confrontés et qui reconnaissent les opportunités qu'elles offrent et les difficultés qu'elles créent.

Une éducation sexuelle complète de bonne qualité offre un espace pour ce dialogue dans les milieux éducatifs, les centres de santé, entre pairs, au sein de la famille et dans la communauté. Combiner une éducation sexuelle complète et un accès aux services de santé dans un contexte porteur et en les adaptant à l'âge peut avoir un effet positif sur les adolescents et les jeunes lorsqu'ils en ont le plus besoin. En outre, il convient de comprendre ces questions dans le cadre du cycle de vie des enfants et des jeunes adultes à mesure qu'ils passent de la dépendance à une complète autonomie.

Extrait du Document final des consultations régionales sur le programme de développement après-2015

[Afrique]

Le développement humain doit faire partie intégrante du programme de développement de l'après-2015.

Les domaines prioritaires du développement humain suivants ont été identifiés :

Éducation et développement des capacités humaines

Les domaines suivants ont été jugés prioritaires :

Amélioration de la qualité de l'enseignement :

- > Accès à un enseignement de qualité aux niveaux du primaire et du secondaire, ainsi que de la formation technique et professionnelle
- > Renforcement des programmes scolaires dans l'enseignement primaire et secondaire, en y incluant une éducation sur les aptitudes à la vie quotidienne, la citoyenneté, la sexualité et la santé procréative

Accès universel et équitable à des soins de santé de qualité

Le faible niveau de l'espérance de vie et le manque d'accès équitable à des soins de santé de qualité, surtout au détriment des groupes les plus vulnérables, reste un grand sujet de préoccupation en Afrique. À cet égard, les participants ont mentionné les priorités suivantes :

- > Améliorer la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile
- > Améliorer l'accès à la santé sexuelle et procréative et aux droits dans ce domaine, y compris à la planification familiale
- > Concentrer l'attention sur les groupes vulnérables, dont les enfants, les jeunes, les sans-emplois, les personnes âgées et les personnes handicapées

Source: UNECA, 2013

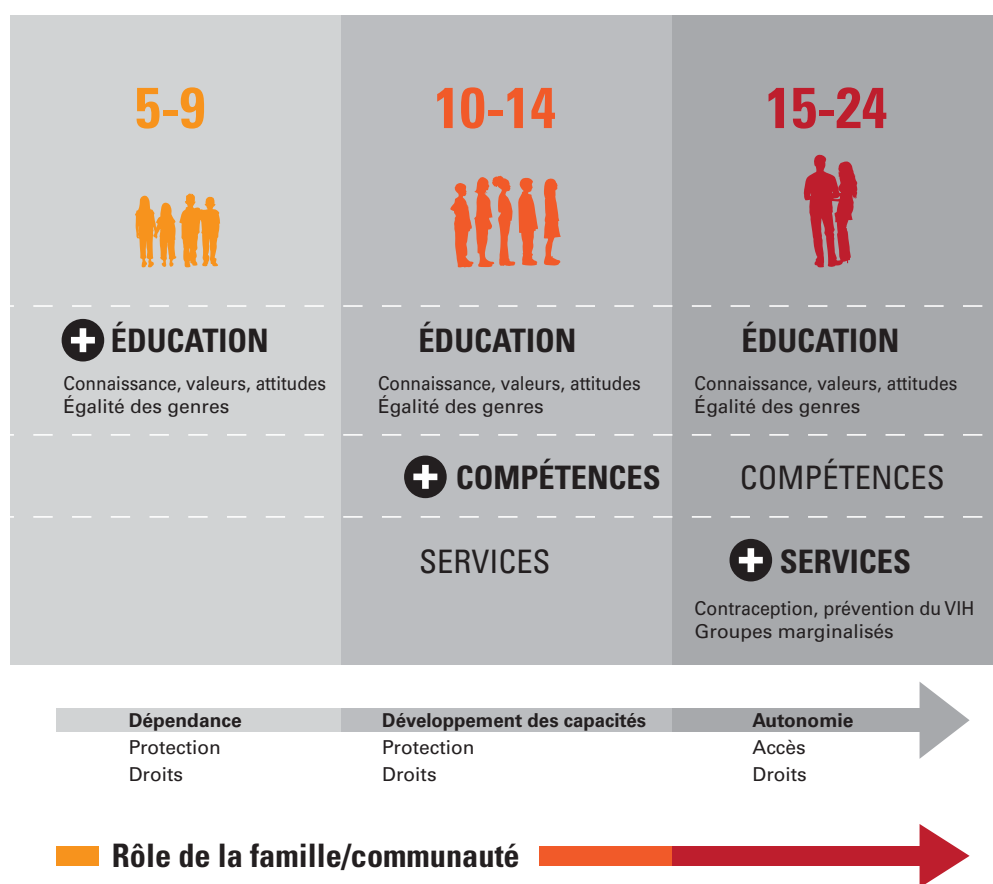
Socle de base – enfance et pré-puberté : le secteur de l'éducation peut jouer un rôle majeur dans le développement de normes positives autour des questions de genre et de droits, de compréhension de la santé, de communication, de valeurs et d'attitudes.

Préadolescence : avant la puberté, tous les jeunes doivent être informés sur la puberté, le sexe et la santé sexuelle, et développer les compétences nécessaires pour gérer leur sexualité naissante, tout en étant de plus en plus sensibilisés aux questions de genre, de violence et de droits.

Milieu de l'adolescence et période qui précède les premiers rapports sexuels : âge clé où l'on forme et l'on adopte des comportements sains et des compétences pour gérer les relations sous toutes leurs formes. Il faudra aussi que les services parviennent à toucher certaines catégories de jeunes ; c'est également essentiel pour créer un environnement sûr, libre de toute violence basée sur le genre ou autre violation des droits.

Fin de l'adolescence et début de l'âge adulte : une éducation continue fondée sur les compétences et les comportements doit être étroitement reliée à des services appropriés. Des services destinés à des groupes vulnérables spécifiques seront nécessaires (ex : jeunes femmes mariées, jeunes femmes exploitées sexuellement, jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).

Figure 6.1 Évolution des besoins des adolescents et des jeunes en fonction de leur cycle de vie



3. Mise à grande échelle de l'éducation sexuelle complète

Trente pour cent seulement des filles et des garçons d'Afrique orientale et australe ont des connaissances appropriées concernant le VIH. Le secteur de l'éducation a la responsabilité, le pouvoir et la capacité d'atteindre chaque adolescent et chaque jeune de la région. Il doit lui transmettre une éducation minimale de bonne qualité sur le VIH et la sexualité susceptible de modifier sensiblement ses niveaux de connaissances et de compétences et son utilisation des services. Plusieurs pays enregistrent des progrès en termes d'amélioration des programmes, de formation des enseignants et d'élargissement de la couverture. Les examens des programmes qui sont en cours dans beaucoup de pays d'Afrique orientale et australe offrent une opportunité pour renforcer le contenu d'une éducation sexuelle complète. On a constaté, au cours des cinq dernières années, un accroissement du soutien international et régional à l'éducation sexuelle complète ainsi qu'un investissement dans l'appui aux programmes et le soutien technique. Les pays d'Afrique orientale et australe ont la possibilité de tirer profit de cette vague de soutien et d'affirmer par ailleurs leur leadership au niveau du continent.

En cas d'opposition, les secteurs de l'éducation et de la santé doivent manifester leur leadership en agissant au vu de ce qui est efficace. Une éducation sexuelle complète de bonne qualité ne fait aucun tort – elle n'entraîne pas des rapports sexuels précoces. À l'inverse, elle construit des connaissances, des normes sociales, des compétences et des valeurs valables qui sont essentielles pour préparer les jeunes à devenir adulte, à faire des choix concernant sa sexualité, ses relations et, au final, sa citoyenneté. Il faut mettre en place dès aujourd'hui des actions concertées pour transformer les différents engagements en actions et pour intégrer les besoins réels des adolescents dans les programmes et s'assurer que les enseignants sont bien armés et que les communautés apportent leur soutien.

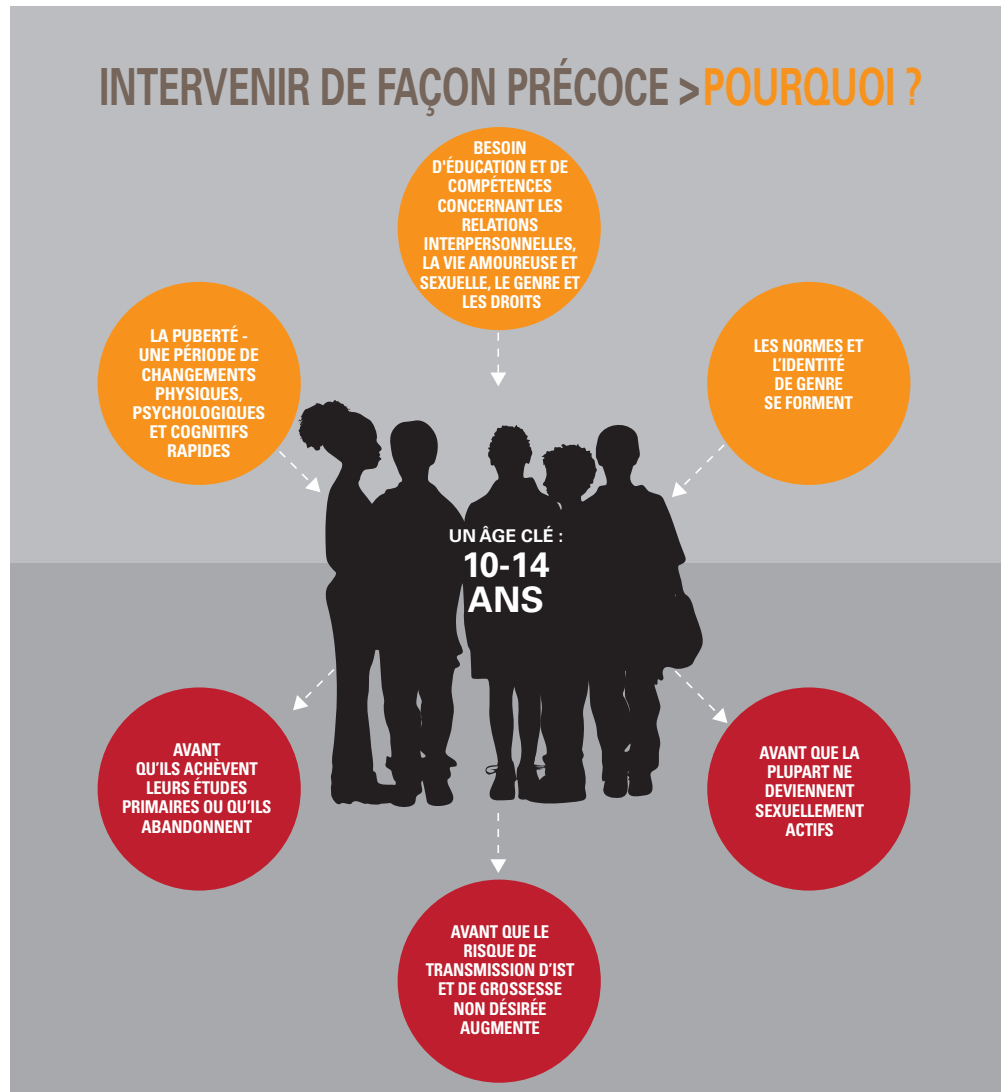
Trop de programmes existants ont tendance à éviter les débats honnêtes et ouverts sur la sexualité, le comportement sexuel et les rapports sexuels à moindre risque. Il est possible de renforcer le contenu de l'éducation sexuelle complète dans les programmes afin de créer des compétences et des connaissances sur ces sujets fondamentaux et de s'attaquer à l'inégalité entre les sexes et aux dynamiques du pouvoir.

Pour maximiser l'impact de l'éducation sexuelle, celle-ci doit être dispensée à tous les adolescents et les jeunes scolarisés et déscolarisés. Sa mise à grande échelle à trois niveaux essentiels peut permettre de faire la différence : couverture (nombre d'écoles atteintes/d'enseignants formés), qualité (rigueur et complétude du programme) et profondeur (soutien politique et communautaire). Il sera important de fournir aux enseignants – pendant leurs études et lorsqu'ils sont en activité – une formation, une supervision de soutien et les matériels dont ils auront besoin.

4. Prendre des mesures de façon précoce par le biais de l'éducation

La préadolescence (10-14 ans) est une étape majeure dans le cycle de vie, mais c'est aussi un point d'entrée clé pour l'éducation – qui fera une vraie différence au niveau des principaux résultats sanitaires et sociaux. En ce qui concerne l'éducation, cela met en évidence trois points : 1) la nécessité de mettre en place une éducation sexuelle à la fin du primaire (si elle n'a pas débuté avant), 2) l'importance de la sensibilisation des adolescents avant et pendant la puberté, et 3) avant qu'ils ne sortent complètement du système éducatif. Les interventions réussies à ce stade peuvent avoir un impact positif sur les normes sociales (ex : égalité des sexes et normes sexospécifiques) et sur les prises de décisions relatives aux rapports sexuels (si et quand devenir sexuellement actif ou refuser les rapports sexuels) ainsi que sur les compétences pour se protéger de la transmission du VIH et d'autres IST et prévenir la grossesse. Plus globalement, ces interventions sont aussi susceptibles de donner aux jeunes la confiance qui peut leur manquer pour accéder aux services lorsqu'ils en ont besoin.

Figure 6.2 Bien-fondé d'interventions précoces sur l'éducation sexuelle/au VIH et la SSR



5. Maximiser l'effet protecteur de l'éducation par le biais de l'EPT

L'éducation protège. Elle joue un rôle déterminant fondamental sur un certain nombre de résultats sanitaires et sociaux, notamment une réduction du risque d'infection à VIH et de la mortalité maternelle et une amélioration de l'égalité des sexes. Du fait de taux d'achèvement de la scolarité primaire faibles, les enfants et les jeunes ne bénéficient pas tous de l'éducation formelle nécessaire, et beaucoup d'entre eux n'auront pas accès à une éducation au VIH ou à la sexualité avant de devenir sexuellement actifs. En Angola, par exemple, près de 3 filles sur 4 ne vont pas jusqu'à la dernière classe du primaire. Le passage dans le secondaire est également un problème pour bon nombre de filles de la région et l'on notera, encore en Angola, que 14 % des filles seulement entrent dans la première classe du secondaire. Bien que cet indicateur progresse dans d'autres pays, l'impératif global est qu'il faut maintenir les adolescents et les jeunes dans le circuit éducatif pour qu'il fasse sentir ses effets protecteurs. S'assurer que les filles achèvent le primaire et passent dans le secondaire présente des avantages encore plus importants, notamment le report dans le temps des premiers rapports sexuels et des grossesses, et la prévention d'un mariage précoce (Plan, 2011). Si les filles quittent l'école à la fin du primaire et ont leur premier enfant à partir de 15 ans, ce sera sans avoir été préparées. Une scolarisation plus longue et de meilleure qualité signifie non seulement de meilleurs résultats d'éducation, mais aussi de meilleurs résultats sanitaires.

6. Intégrer et mettre à grande échelle des services de prise en charge du VIH et de SSR accueillants pour les jeunes

La préoccupation immédiate de la plupart des jeunes hommes et des jeunes femmes est d'éviter les grossesses plutôt que de se protéger de l'infection à VIH. Cependant, les taux élevés d'infection à VIH et de grossesses non désirées confirment qu'une protection à double effet et des programmes conjointement axés sur la SSR et le VIH sont essentiels. Ces problèmes concernent également les deux millions de jeunes qui vivent avec le VIH dans la région où l'accès au traitement antirétroviral demeure insuffisant – même s'il s'améliore, où la stigmatisation reste un problème épineux, où l'accès au préservatif n'est pas fiable et où la menace de la criminalisation demeure possible. Du point de vue des jeunes, l'intégration des services de prise en charge du VIH et de SSR est judicieuse et les services qui sont conviviaux à leur égard doivent répondre à ce besoin. Les services accueillants pour les jeunes bénéficient d'un important soutien dans la région, mais la vraie difficulté tient souvent à des insuffisances au niveau de leur mise en œuvre. L'intégration recèle des avantages dont on ne peut plus douter aujourd'hui : permettre aux jeunes d'avoir accès à la fois aux services de prise en charge du VIH et aux services de SSR dans la même pièce ou dans le même centre augmente les possibilités de continuité des soins sans avoir à être orienté ailleurs. Le développement des services signifie la fourniture d'un éventail plus large de services cliniques au-delà du traitement et des soins du VIH, pour inclure la gestion et le traitement d'autres IST, la planification familiale, la PTME et d'autres services liés. La réduction de la fréquence et des coûts pour se rendre à un centre de santé (ex : coûts de transport) signifie une plus grande accessibilité, notamment financière, pour un plus grand nombre de jeunes. Enfin, la stigmatisation et la discrimination sont réduites alors que la couverture augmente pour les populations marginalisées et les plus exposées aux risques/mal desservies.

7. Éliminer les obstacles à l'accès pour tous les jeunes

Les lois, les politiques et les pratiques contradictoires et obsolètes régissant l'accès des adolescents et des jeunes aux biens et aux services constituent un obstacle majeur à l'amélioration de la santé. Le présent rapport réaffirme que les restrictions juridiques, qui portent en particulier sur l'âge de la majorité vis-à-vis des services, représentent un obstacle important à l'accès à ceux-ci. L'objectif de l'accès universel des jeunes requiert que l'on modifie ces lois et politiques lorsqu'elles existent encore. Des progrès ont été accomplis pour abaisser l'âge de la majorité dans certains pays (ex : Malawi et Afrique du Sud) et les leçons tirées de l'expérience doivent être mieux comprises et répliqués plus largement.

L'une des premières étapes nécessaires au développement de services appropriés et accessibles est d'identifier les populations les plus marginalisées et les plus exposées aux risques. Ces groupes sont susceptibles d'inclure (liste non exhaustive) : les communautés rurales, en particulier les filles au sein de celles-ci, où l'accès à l'école et les services de santé sont les plus rares, les filles adolescentes mariées qui sont souvent « invisibles » pour les services généraux de SSR, les adolescents des populations clés, y compris les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les jeunes qui vendent des services sexuels – qui sont confrontés à un risque accru d'infection à VIH.

8. Faire en sorte que la vision d'un avenir sans sida devienne une réalité

L'épidémie évolue – de façon positive – dans la région avec une diminution d'au moins 25 % de la prévalence du VIH chez les jeunes dans 6 pays (Botswana, Éthiopie, Kenya, Malawi, Namibie et Zimbabwe). Le problème est de pérenniser et d'accentuer cette tendance dans une région où 51 jeunes sont nouvellement infectées par le VIH chaque heure. On constate une certaine simultanéité entre la diminution de la prévalence du VIH et le nombre des nouvelles infections à VIH parmi les jeunes dans le monde (et en particulier en Afrique subsaharienne) et les changements de comportements (report à une date plus tardive de l'activité sexuelle, réduction du nombre de partenaires multiples et utilisation accrue des préservatifs chez les jeunes qui ont des partenaires multiples), mais les progrès ne sont cependant pas assez rapides. Les efforts de prévention du VIH doivent être renforcés et privilégier la mise en place d'un socle de connaissances grâce à une éducation sexuelle complète reliée à une gamme de services (en particulier les préservatifs, la CMMV et le CDV) ciblant les jeunes. Les efforts concertés pour parvenir à un accès universel au traitement doivent se concentrer massivement sur l'accès des adolescents et des jeunes, et sur le passage des soins pédiatriques aux soins pour adultes.

9. Renforcer la place du genre et des droits dans l'éducation et les services

Dans la région, les normes sexospécifiques sont profondément ancrées et constituent un obstacle important à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Le mariage précoce, les attentes sociales relatives au comportement des filles, les taux élevés d'abandon scolaire et l'inégalité dans les relations créent une dynamique dans laquelle les filles et les femmes perdent souvent le contrôle de leur propre sexualité et de leur santé. Selon une étude récente menée dans la région, un jeune adolescent sur cinq et 30 % des femmes de moins de 24 ans ont été victimes de violences sexuelles (Données DHS pour les pays, 2007-2011). Les normes sexospécifiques, en particulier les normes patriarcales prédominantes, continuent d'avoir un impact préjudiciable sur le bien-être et le développement globaux des filles de la région.

La sensibilisation politique et publique aux efforts entrepris au niveau régional pour lutter contre l'inégalité des sexes et la violence basée sur le genre s'accroît. Cependant, le leadership des autorités publiques (politiques, religieuses et culturelles) doit s'attaquer à ce qui est préjudiciable et promouvoir ce qui est positif et porteur. Les secteurs de l'éducation et de la santé doivent mettre davantage l'accent sur la réduction de la violence dans les écoles et autour – laquelle reste une caractéristique distinctive de la vie de trop de filles et de jeunes femmes. Cela impose de faire plus que lutter contre la violence sexuelle, il faut aussi combattre les formes moins visibles de maltraitance, de harcèlement ou de discrimination qui font de la classe ou de l'école un lieu peu sûr. Les interventions structurelles qui permettent de réduire le risque et la vulnérabilité, en particulier pour les filles et les jeunes femmes, doivent être soutenues.

10. Travailler ensemble autour d'un programme commun pour les adolescents et les jeunes

Les secteurs de l'éducation et de la santé doivent conduire ensemble l'action et mobiliser leurs atouts communs pour élaborer, planifier et diffuser une éducation sexuelle complète et des services de SSR qui permettront de faire évoluer la situation de façon déterminante. Certains des problèmes décrits dans le présent rapport sont clairement du ressort des secteurs de l'éducation et de la santé. D'autres nécessiteront des mesures dont le champ est plus large que celui de ces deux secteurs et requerront l'implication des autorités chargées de la jeunesse, du développement communautaire, des questions de genre ou du système judiciaire. Ce que l'on sait, c'est qu'il faut un leadership conjoint des deux bras du gouvernement qui, parallèlement à la société civile, sont les plus directement impliqués dans le développement et le bien-être des adolescents et des jeunes. Le renforcement des initiatives visant à fournir aux jeunes une éducation appropriée sur la prévention et le traitement du VIH dans les écoles doit mettre l'accent sur la nécessité d'améliorer l'accessibilité à l'information et aux outils/biens de prévention du VIH par l'intermédiaire de liens et d'aiguillages entre les écoles et les centres de santé.

L'heure est venue de prendre des décisions audacieuses et de mener des actions osées pour tenir la promesse de la CIPD, pour que les jeunes puissent exercer leurs droits et pour ouvrir une nouvelle voie pour le monde au-delà de 2015 – vers une génération caractérisée par sa bonne santé et ses choix positifs en matière de santé reproductive, et non par des états que l'on peut éviter, tels que des infections à VIH ou des grossesses non désirées.

ANNEXE :

PROFILS DE PAYS

Les profils de pays présentent un résumé des données clés et des analyses pour chaque pays sur la base des sources publiées disponibles.

Afrique du Sud (anglais)	98
Angola (anglais et portugais)	54
Botswana (anglais)	58
Burundi (anglais et français)	62
Éthiopie (anglais)	68
Kenya (anglais)	70
Lesotho (anglais)	72
Madagascar (anglais et français)	74
Malawi (anglais)	78
Maurice (anglais et français)	80
Mozambique (anglais et portugais)	84
Namibie (anglais)	88
Ouganda (anglais)	106
République démocratique du Congo (anglais et français)	64
Rwanda (anglais et français)	90
Seychelles (anglais et français)	94
Soudan du Sud (anglais)	100
Swaziland (anglais)	62
R.U. Tanzanie (anglais)	104
Zambie (anglais)	108
Zimbabwe (anglais)	110

Les données ont été recueillies, examinées et approuvées par des processus de consultations dans chaque pays, mais elles ne reflètent pas nécessairement les opinions ni la pleine approbation de tous les partenaires de cette publication.

ANGOLA



Population: 20 820 525 (2012)

47.6% of Angola's population is under the age of 15.¹

Public Expenditure on Education:

3.5% of GDP (2010)²

Public Expenditure on Health education: 4.6% of GDP (2009)¹

Proportion of orphans aged 10-15: 10%

Education: Secondary school attendance needs to be supported and encouraged. This means that to ensure that young people are reached there should be programmes that target out-of-school young people. Education attainment is in general low, this is reflective of the 20 year civil war that Angola has emerged from. The progression rate to secondary school is low particularly for females. Among women age 15-49, 25 percent have never been to school, 57 percent have had some primary education, and 19 percent have had secondary or higher education. There are large differences between rural and urban areas: 40 percent of urban women have completed secondary school or higher, yet only 2 percent of rural women have attained a similar level. Five percent of women in urban areas and 40 percent of women in rural areas have had no education.³

Sexuality education: There has been an effort in Angola towards providing sexuality education (SE) for young people dating back to 1991 with the establishment of a programme that promoted sexuality and reproductive health (SRH) education in schools. Specificity around HIV and AIDS was introduced after 2000 and educators were trained on this component during that time, however, the HIV and AIDS training seems to be less integrated. The United Nations Children's Fund (UNICEF) and United Nations Population Fund (UNFPA) played a key role in providing support to both learners and educators with regard to strengthening knowledge around sexually transmitted infections (STIs) and HIV and AIDS. Informally, programmes have been rolled out in the 18 Angolan provinces and information disseminated through theatre, dance, singing and discussions between learners and community. The Ministry of Education's strategy (2013-2017) includes the need to promote less risky behaviour and attitudes in relation to sexuality education, STIs and HIV and AIDS.

Population ¹	Male	Female	Total
% children 0-14 years	22.4%	21.51%	43.9%
% Adolescents/ young people 15-24 years	10.2%	9.9%	20.1%

Education ²	Male	Female	Total
Adult literacy rate (2011)	82.6%	58.6%	70.4%
Youth (15-24) literacy rate	80.1%	66.1%	73.0%
Net enrolment rate primary	93 %	78%	86%
Net enrolment rate secondary	15%	12%	13%
Survival to last grade of primary	37%	27%	32%

Trained teachers (primary)		Teacher-student ratios ²		
Male	Female	Primary	Secondary	
No data	No data	1:46	1:39	
Gender parity index for net enrolment rate ²		Primary	Secondary	Tertiary
		0.84	0.81	No data

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
-	-	-

Curriculum content	Inclusion in core curriculum			
	Low/P	Up/P	Low/S	Up/S
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	-
Adolescent and reproductive health	Yes	Yes	Yes	-
Sexuality education	Yes	Yes	Yes	-
Gender equality and empowerment	Yes	Yes	Yes	-
HIV and AIDS and other STIs	Yes	Yes	Yes	-
Stigma and discrimination	Yes	Yes	Yes	-
Family life and interpersonal relations	Yes	Yes	-	-

Sexual and reproductive health: Data collected from women attending antenatal clinics suggest the intensity of the HIV epidemic varies among Angola's different provinces, with the highest rates of infection occurring in the areas bordering Namibia, along the transport route to Luanda, and along the border of the Democratic Republic of Congo; the lowest rates are found in the centre of the country. The provinces with the highest rates are Cunene and Benguela, with a prevalence of 4.4%, closely followed by Lunda Norte, Cuando Cubango and Huambo, each at 4.2%, according to the 2010-2014 National Strategic Plan.

Behaviour indicators: With an estimated 2% of the adult population living with HIV, Angola has one of the lowest HIV prevalence rates in sub-Saharan Africa.

Services: There are attempts by the government to provide adequate services. Currently there is access to HIV testing and counselling (HCT) and post-abortion services, however, these are limited to specific geographic locations at the present time. The government has indicated an additional roll-out to remote areas, although there is still an issue around the technical staff and their capacity.

SRH	Rural	Urban	Total
Adolescent fertility rate (aged 15-19) ³	23.9%	12.6%	19.1%
Youth fertility rate (aged 20-24)	32.6%	19.0%	26.1%
HIV prevalence (aged 15-24) ⁴	Male: 0.6%	Female: 1.6%	Total: 1.1%
Incidence of SGBV (aged 15-19) ⁵	-	19.5%	-
Incidence of SGBV (aged 20-24) ⁵	-	30.4%	-

Behavioural indicators	Male	Female	Total
Prevalence of young people living with HIV (aged 15-24) ⁴	0.6%	1.6%	1.1%
Sex before age 15 (aged 15-24) ⁵	17.2%	21.2%	19.5%
Multiple partners (aged 15-24) ⁵	4.5%	0.2%	2.1%
Condom use at last high-risk sex (aged 15-24) ⁵	80.6%	18.9%	45.4%

Access to services	Male	Female	Total
Married women using all family planning methods	-	-	-
15-19-year-olds using contraception	-	-	-
Access to HIV testing and counselling	Yes	-	-
Access to post-abortion care	-	Yes	-
Availability of young people-friendly services	-	-	-

Notes:

1 The World Bank. World Development Indicators Data. (<http://databank.worldbank.org/data>)

2 UNESCO Institute for Statistics Data Centre

3 ICF International. 2012. Angola 2011 Malaria Indicator Survey. Calverton, Maryland, USA

4 UNICEF. 2013. *The State of the World's Children 2013: Children with disabilities*. United Nations Children's Fund

5 Ministério da Saúde. Relatório sobre o Progresso do País para dar Seguimento aos Compromissos da Sessão Especial sobre VIH e SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas, período 2010-2011

ANGOLA



População: 20 820 525 (2012)

47,6% da população de Angola tem idade inferior a 15 anos.¹

Despesa Pública em:

3,5% do PIB (2010)²

Despesa Pública em despesa com Saúde: 4,6% do PIB (2009)¹

Proporção de órfãos com idades 10-15: 10%

Educação: A frequência do ensino secundário necessita de ser apoiada e incentivada. Isto significa que, para assegurar que se chega aos jovens, deveria haver programas direcionados aos jovens que não frequentam a escola. Os níveis de educação são, em geral, baixos, como reflexo da guerra civil que durou vinte anos e da qual Angola emergiu. A taxa de progressão para o ensino secundário é baixa, em particular das mulheres. Entre as mulheres com idades entre 15-49, 25 por cento nunca frequentaram a escola, 57 por cento receberam algum tipo de instrução primária e 19 por cento frequentaram o ensino secundário ou superior. Existem grandes diferenças entre as áreas rurais e as áreas urbanas: 40 por cento das mulheres dos centros urbanos concluíram o ensino secundário ou superior, no entanto apenas 2 por cento das mulheres das zonas rurais conseguiram atingir um nível semelhante. Cinco por cento das mulheres das áreas urbanas e 40 por cento das mulheres das áreas rurais não frequentaram qualquer tipo de ensino.³

Educação sexual: Em Angola, têm sido desenvolvidos esforços para oferecer educação sexual (ES) aos jovens. Estes esforços remontam a 1991, ano em que foi criado um programa de promoção da educação para a saúde sexual e reprodutiva (SSR) nas escolas. A partir de 2000, começou a ser dada mais atenção ao VIH e à SIDA e, durante esse período, os professores receberam formação sobre esta componente, mas a formação sobre o VIH e a SIDA parece ter sido menos bem conseguida. O Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF) e o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) desempenharam um papel fundamental no apoio a alunos e professores com vista ao reforço dos conhecimentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), o VIH e a SIDA. Informalmente, foram implementados programas nas 18 províncias de Angola e divulgadas informações através do teatro, da dança, do canto e de debates entre os alunos e a comunidade. A estratégia do Ministério da Educação (2013-2017) prevê a necessidade de promover comportamentos e atitudes menos arriscados relativamente à educação sexual, às DST e ao VIH e SIDA.

População ¹	Homens	Mulheres	Total
% de crianças com idades 0-14	22,4%	21,51%	43,9%
% de adolescentes/jovens com idades 15-24	10,2%	9,9%	20,1%

Educação ²	Homens	Mulheres	Total
Taxa de literacia de adultos (2011)	82,6%	58,6%	70,4%
Taxa de literacia da população jovem (15-24)	80,1%	66,1%	73,0%
Taxa líquida de matrícula no ensino primário	93 %	78%	86%
Taxa líquida de matrícula no ensino secundário	15%	12%	13%
Progressão para o ensino secundário	37%	27%	32%

Professores formados (primário) ¹		Rátios Professor-aluno ⁱ	
Homens	Mulheres	Primário	Secundário
Dados inexistentes	Dados inexistentes	46%	39%

Índice de paridade de género para a taxa líquida de matrícula ⁱⁱ	Primário	Secundário	Superior
	0,84	0,81	Dados inexistentes

Currículo disponível	Tipo de currículo	Testes de avaliação
-	-	-

Conteúdo curricular				
Temas abrangidos	Inclusão no currículo nuclear			
	P/1º grau	P/2º grau	S/1º ciclo	S/2º ciclo
Habilidades genéricas para a vida	Sim	Sim	Sim	-
Saúde adolescente e reprodutiva	Sim	Sim	Sim	-
Educação sexual	Sim	Sim	Sim	-
Igualdade de género e capacitação	Sim	Sim	Sim	-
VIH e SIDA e outras DST	Sim	Sim	Sim	-
Estigmatização e discriminação	Sim	Sim	Sim	-
Vida familiar e relações interpessoais	Sim	Sim	-	-

Saúde sexual e reprodutiva: Os dados fornecidos por mulheres que frequentam clínicas pré-natais indicam que a intensidade da epidemia de VIH varia entre as diferentes províncias de Angola, sendo que as taxas mais elevadas de infeção se verificam junto à fronteira com a Namíbia, ao longo da rota de transportes para Luanda e ao longo da fronteira com a República Democrática do Congo; as taxas mais baixas registam-se no centro do país. As províncias com as taxas mais elevadas são Cunene e Benguela, com uma prevalência de 4,4%, seguidas de perto por Lunda Norte, Cuando Cubango e Huambo, cada uma com 4,2%, de acordo com o Plano Estratégico Nacional para 2010-2014.

Indicadores comportamentais: Estimando-se que 2% da população adulta vive com VIH, Angola regista uma das mais baixas taxas de prevalência de VIH na África subsariana.

Serviços: O governo tem feito tentativas para prestar os serviços adequados. Atualmente, existe acesso a aconselhamento e testes de VIH, bem como a serviços de cuidados após-aborto, embora a cobertura geográfica seja limitada de momento. O governo assinalou o prolongamento de tais medidas para zonas mais remotas, mas continuam a verificar-se dificuldades relativamente ao pessoal técnico envolvido e à sua capacidade de resposta.

SSR	Rural	Urbano	Total
Taxa de fertilidade adolescente (idades 15-19) ³	23,9%	12,6%	19,1%
Taxa de fertilidade jovem (idades 20-24)	32,6%	19,0%	26,1%
Prevalência do VIH (idades 15-24) ⁴	Homens: 0,6%	Mulheres: 1,6%	Total: 1,1%
Incidência de violência sexual e baseada no género (idades 15-19) ⁵	-	19,5%	-
Incidência de violência sexual e baseada no género (idades 20-24) ⁵	-	30,4%	-

Indicadores comportamentais	Homens	Mulheres	Total
Prevalência de jovens que vivem com VIH (idades 15-24) ⁴	0,6%	1,6%	1,1%
Sexo antes dos 15 (idades 15-24) ⁵	17,2%	21,2%	19,5%
Múltiplos parceiros (idades 15-24) ⁵	4,5%	0,2%	2,1%
Uso de preservativo no último encontro sexual de elevado risco (idades 15-24) ⁵	80,6%	18,9%	45,4%

Acesso a serviços	Homens	Mulheres	Total
Mulheres casadas que usam todos os métodos de planeamento familiar	-	-	-
Jovens de 15-19 anos que usam contraceptivos	-	-	-
Acesso a aconselhamento e testes de VIH	Sim	-	-
Acesso a cuidados após-aborto	-	Sim	-
Disponibilidade de serviços de apoio à juventude	-	-	-

Notas:

1 Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial. (<http://databank.worldbank.org/data>)

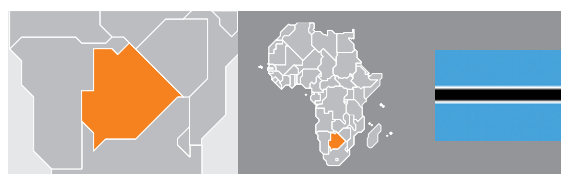
2 UNESCO Institute for Statistics Data Centre

3 ICF International. 2012. Angola 2011 Malaria Indicator Survey. Calverton, Maryland, USA

4 UNICEF. 2013. The State of the World's Children 2013: Children with disabilities. Fundo das Nações Unidas para as Crianças

5 Ministério da Saúde. Relatório sobre o Progresso do País para dar Seguimento aos Compromissos da Sessão Especial sobre VIH e SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas, período 2010-2011

BOTSWANA



Population¹: 2 million

Of the population, 33.5% is under the age of 15.

National poverty line: 30.6%²

Public Expenditure on Education: 7.8% of GDP³

Public Expenditure on Health: 3.1% of GDP⁴

Education: Net enrolment rates for primary school education are almost universal in Botswana, with higher enrolment rates for females than males. Net attendance rates for primary school are high, with girls outperforming boys.⁵ There is a 50% decline in secondary school attendance for both males and females, which indicates that this needs to be further supported and encouraged. The drop off in attendance should inform an increase in life skills/sexuality education for out-of-school young people. Educational attainment in Botswana is relatively high compared to other countries in the region; the mean number of school years completed is 8.9 out of an expected 12.2.

Sexuality education: Both primary and secondary school levels have a life skills education curriculum and non-governmental organizations (NGOs) work together with government to provide HIV and sexuality education (SE). The second Botswana National Strategic Framework 2010-2016 highlights the need to reach the younger population with HIV prevention programmes, with a key component of this being the scaling-up of HIV education programmes and curricula in all educational institutions, as well as increasing participation by community-based organizations (CBOs) and NGOs. The Ministries of Youth, Health and Education, together with NGOs, can play an important role in reaching out-of-school young people with HIV prevention messages and education.

Sexual and reproductive health⁶: Various sexual and reproductive health (SRH) services are provided in Botswana and most women, particularly young women, have access to them.⁷ One of the pivotal components of SRH services for young people is family planning and contraceptive provision. The comprehensive provision of SRH services is impeded by a lack of skilled personnel to provide the services, as well as a scarcity of adolescent-friendly SRH services. Ministries of Education and Health are making efforts to provide Family Life Education (FLE) in varying arenas, including schools.

Population ²	Male	Female	Total
% children 0-14 years	17%	16.4%	33.5%
% adolescents/young people 15-24 years	10.8%	11.1%	21.9%

Education ⁵	Male	Female	Total
Adult literacy rate	84.1%		
Net enrolment rate primary	92.6%	93.5%	93.17%
Net enrolment rate secondary	36%	44%	40%

Trained teachers (primary)	Teacher-student ratios ⁵		
	Male	Female	Total
na	na	1: 27	na

Gender parity index (ratio girls/boys)	Primary	Second	Tertiary
0.96	1.06	na	

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Yes	Life skills Education	No

Curriculum content	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	Yes
Adolescent and reproductive health	No	No	No	Yes
Sexuality education	No	No	Yes	Yes
Gender equality and empowerment	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV and AIDS and other STIs	No	No	Yes	Yes

SRH ⁸	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate	146.8 per 1 000 live births		
STI rate (aged 15-24)	3.5%	2.4%	2.9%
HIV prevalence (aged 15-19) ⁹	2.4%	5%	3.7%

Behavioural indicators: At a rate of 17.6%, Botswana has the second highest HIV prevalence globally. In the 15-24 age band, females have double the prevalence of their male counterparts, at 11.8% and 5.2% respectively.¹⁰ Condom use among youth with irregular partners is quite high in Botswana, at 78.4%, which tells us that young people have some access to services. Comprehensive and correct knowledge of HIV remains fairly low, at 42.1%.¹⁰ This indicates that there needs to be a more concerted effort to increase HIV and life skills education among young people.

Behavioural indicators ⁹	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-19)	6.8 %	4.2%	5.5%
Prevalence of multiple sexual partners (aged 15-24)	17.5%	17%	17.25%
Prevalence of child marriage	0.1%		
Condom use at last sex with irregular partner (aged 15-24)	78.4%		

Services: Botswana's antiretroviral drug (ARV) access is widely lauded as a best practice in the region. According to the World Health organization (WHO) guidelines, 95% of people eligible for treatment have access to it.⁷ Prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) therapy is available to all pregnant women at a government facility free of charge. The PMTCT programme has coverage of 95% of women who require it. The safe male circumcision programme was introduced in 2009 to increase the uptake of male circumcision.¹¹ During July and September 2007, nearly 1.9 million male condoms were distributed by government health facilities, while Population Services International sold and distributed more than 6.8 million condoms.

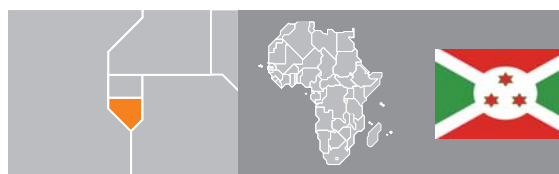
Access to services ⁹	Male	Female	Total
Access to HIV counselling and testing (aged 15-49)	60%		

Availability of young people-friendly services: The policy environment for adolescent/ young people programmes is highly supportive in Botswana. NGOs (BOFWA and YWCA) have been providing information and services on SRH to young people in partnership with the Ministries of Education and Health in providing FLE in varying arenas, including schools. There is a good network system of health facilities at different levels in the country within a 15 km radius from home (referral hospitals, district hospitals, mine hospitals, private hospitals, clinics, health posts, mobile stops and NGO young people centres).

Notes:

- 1 Botswana Census 2011
- 2 International Poverty Centre (UNDP) and Botswana Institute for Development Policy, 2005, *Poverty Status Report for Botswana: Incidence, Trends and Dynamics*
- 3 UNESCO Institute for Statistics Data Centre.
- 4 The World Bank. World Development Indicators Data. (<http://databank.worldbank.org/data>)
- 5 Botswana Ministry of Education and Skills Development, 2012, Education Ministry Information System Annual Report
- 6 WHO Regional Office for Africa, 2008, Botswana Factsheets of Health Statistics
- 7 MOH 2012
- 8 Botswana Global AIDS Response Report (GARR), 2012
- 9 BAIS III 2008
- 10 HCT
- 11 MOH 2013

BURUNDI



Gross Domestic Product¹	102 \$ (RMDH 2011)
Education spending²	9,2% of GDP
Health spendin³	4,4 % of GDP
Proportion of OVC (per thousand)	Data not available by age-group
0 to 18 years	

Population: 8 053 574 (Census 2008)

47% of the population is between 0 and 14 years old, making Burundi a particularly young country.³

Education⁴: The literacy rate among adults is 43.2%. Primary school access is almost universal, and is equal for boys and girls. Burundi has a high net enrolment rate for primary level of 90.7% (average male and female). Access to secondary school is considerably lower with 20.4% for the lower secondary and 17.2% in upper secondary (average for both sexes). Whilst primary school attendance rates are high, the drop out rate in lower secondary school is quite high, with an average of 5.9% among boys and girls. The formal school system is the major route through which children receive sexuality education. In order to increase the chances of reaching older children and adolescents, it would be appropriate to increase out of school sexuality education provision.

Population ³	Male	Female	Total (average)
% children 10-14 yrs	13.6%	13,0%	13.3%
% adolescents 15-19 yrs	10.9%	11.5%	11.2%
% youth 20-24 yrs	8.0%	8.7%	8.4%

Education ⁵	Male	Female	Total (average)
Adult literacy rate (RGPH 2008)	48.1%	38.4%	43.2%
Literacy rate 10 – 14 yrs	55.2%	54.0%	54.6%
Literacy rate 15 – 19 yrs	61.8%	52.7%	57.1%
Literacy rate 20 – 24 yrs	52.8%	42.9%	47.6%
Net enrolment rate - primary	89.9%	91.5%	90.7%
Net enrolment rate - secondary	Lower 22.6%	Lower 18.4%	Lower 20.4%
	Upper 19.5%	Upper 15.2%	Upper 17.2%
Drop out rate in Grade 8	5.8%	5.9%	5.9%

Trained teachers (primary)	Teacher-student ratios		
	Male	Female	Teacher-student ratios
	93,2%		Primary 45/1 Secondary Data not available

Sexuality Education: In 2009, with support from INEE and pressure from NGOs (sometimes with donor funding) and barely four years after the end of the conflict, the Ministry of Education of Burundi began developing a more robust civics education curriculum which included practical skills, including peace-building. The government of Burundi works in partnership with IPPF, ISP and UNICEF to develop sexuality education interventions targetted at young people. Teaching approaches for HIV and sexuality education include peer-education, practical skills, communication and awareness raising, and, establishment of STOP AIDS clubs in schools. Some sexuality education activities are included in the National Strategic Plan for HIV. It is well recognised in Burundi that the country must address HIV among young people.

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Yes	Practical skills development	No

Curriculum content	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondar	Upper secondary
General Life Skills	Yes	Yes	Yes	Yes
Adolescent and reproductive health	No	No	No	No
Sexuality Education	No	No	No	No
Gender equality	No	No	No	No
HIV / AIDS and other STIs	No	No	No	No
Human rights	No	No	Yes	No

Sexual and reproductive health:

The national youth strategy is currently under revision before being integrated into the national strategic plan for poverty reduction. The major challenges identified in the plan are: mismatch between training that youth receive and the reality of the job market; high levels of youth unemployment; lack of coordination between the various youth services and organisations; weak capacity of youth focussed organisations and services; increase in HIV prevalence among young people. HIV rates are relatively low but rates among women are twice as high as among men (women 0.8%, men 0.2%⁶)

Sexual and Reproductive health

Adolescent Fertility Rate (15-19 yrs) ⁶	18,6%
Pregnancy / birth rate among adolescent girls ⁶	30/1000 births
STI rate (15-24 yrs) including HIV ⁶	40%
HIV Prevalence 15-24⁶	Male 0.2% Female 0.8%
Incidence of gender-based violence among young women (15-24 yrs) ⁷	Higher rates reported in the school environment than elsewhere
Young women (15-24 yrs) victims of sexual violence ⁷	13,7%

Behavioural indicators :

The national HIV prevalence is 2.97% and among young people aged 15-24 the prevalence among women is 0.8% – four times that of men. Condom use data among young men is higher than among women, of whom only 26.9% report having used a condom at last sex with a non-regular partner. Adolescent fertility rate (15-19 years) remains low, at 30 live births per 1,000 adolescent girls. However, 18.6% of young women aged 15-19 have already had a pregnancy.

Sexual violence is widespread: 17.7% of young women under 15 and 13.7% of women 15-24 reported having been victims of sexual violence. Rates of intergenerational sexual relationships are low at 0.6%. These data reveal that young women are particularly vulnerable to HIV infection as a result of sexual violence: in order to be effective, sexuality education and programmes for HIV must reflect these vulnerabilities by specifically addressing gender equality.⁶

Behavioural indicators ⁶	Male	Female
Sex before 15 (15-24 yrs)	8.4%	3.3%
HIV knowledge levels	46.5%	44.5%
Multiple sexual partners (15-24 yrs)	6.0	0.7
Child marriage (<18 yrs)	26% of women (20-24) report having been married before the age of 18.	
Condom use at last sex with a non-regular partner	Male 46% Female 26.9%	

Services :

Two thirds of the population are under the age of 25. A large number of adolescents do not have easy access to sexual and reproductive health information or services which explains the levels of unintended pregnancy, unsafe abortions and the high levels of maternal mortality, of HIV and STIs. With a rate of 1,000 deaths per 100,000 live births, maternal mortality rates constitute one of the most serious public health problems. Approximately 80% of all births take place at home, without assistance from trained health professionals.

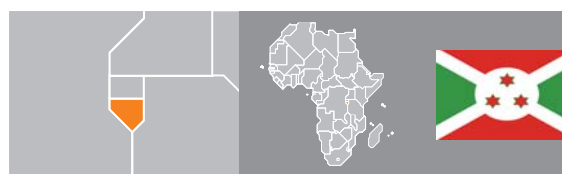
Access to services ⁵	Male	Female	Total
Contraceptive use among married women	22%		
Contraceptive use among adolescents (15-19 yrs)	57.7%	56.3%	57%
Contraceptive use among adolescents (20-24 yrs)	83.6%	79%	81.3%
Access to HIV counselling and testing (15-24 yrs): Yes			
Access to post-abortion care	N/a		

Availability of youth-oriented services : The Kamenge Youth Centre has been operational since 1991. During and after the 1994 crisis, the centre provided a space for young Tutsis and Hutus to come together for sporting and cultural activities. In the past 15 years, the Kamenge Youth Centre has welcomed youth from all social backgrounds, ethnic groups and religions to engage in activities aimed at promoting peace and coexistence. These activities include workshops on peace, HIV awareness raising campaigns, literacy activities, and IT training. According to a ONUSIDA situational report on Burundi published in 2007, 4000 young people had benefitted from practical skills training on HIV and 972 Stop AIDS clubs had undertaken education and communication activities reaching 23,354 school students. Additionally, since 2007, school-based Stop AIDS clubs and other youth centres have been established across the country.

Notes:

- 1 Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 (PNDS 2011-2015)
- 2 Human Development Report, 2013
- 3 Recensement Générale de la population et de l'habitation 2008 (RGPH 2008)
- 4 RGPH 2008
- 5 RGPH 2008
- 6 Enquête Démographique et de Santé 2010 (EDS 2010)
- 7 Rapport SWAA, SERUKA, NTURENGAHO

BURUNDI



Produit intérieur brut¹	PPA 102 \$ (RMDH 2011)
Dépenses d'éducation²	9,2 % du PIB
Dépenses de santé²	4,4 % du PIB
Proportion d'orphelins (pour mille) de 0 à 18 ans	Non disponible par tranche

Population : 8 053 574 (Recensement 2008)

47 % de la population a entre 0 et 14 ans, ce qui fait du Burundi un pays particulièrement jeune.³

Éducation⁴ : Au Burundi, Le taux d'alphabétisation des adultes est de 43,2 %. La scolarisation à l'école primaire est presque universelle, et ce tant pour les filles que pour les garçons. Le taux net de scolarisation dans le primaire atteint 90,7 % en moyenne pour les deux sexes, ce qui est élevé. Les taux de fréquentation dans l'enseignement secondaire sont bien inférieurs, avec une moyenne de 20,4 % pour le premier cycle et 17,2 % pour le second cycle chez les deux sexes. Alors que les taux de fréquentation de l'école primaire sont élevés, le taux de déperdition dans l'enseignement du premier cycle du secondaire est assez élevé, avec une moyenne de 5,9 % pour les filles et les garçons. Le système scolaire est le premier vecteur par lequel les jeunes enfants ont accès à l'éducation sexuelle complète. Cela étant, pour atteindre les élèves plus âgés du secondaire, il serait opportun de multiplier les occasions de recevoir une éducation sexuelle en-dehors du système scolaire.

Population ³	Masculin	Féminin	Tx Moyen
% enfants 10-14 ans	13,6 %	13,0 %	13,3 %
% adolescents 15-19 ans	10,9 %	11,5 %	11,2 %
% jeunes 20-24 ans	8,0 %	8,7 %	8,4 %

Éducation ⁵	Masculin	Féminin	Tx moyen
Taux d'alphabétisation des adultes (RGPH 2008)	48,1 %	38,4 %	43,2 %
Taux d'alphabétisation 15-24 ans			
Taux d'alphabétisation 10-14 ans	55,2 %	54,0 %	54,6 %
Taux d'alphabétisation 15-19 ans	61,8 %	52,7 %	57,1 %
Taux d'alphabétisation 20-24 ans	52,8 %	42,9 %	47,6 %
Taux net de scolarisation dans le primaire	89,9 %	91,5 %	90,7 %
Taux net de scolarisation dans le secondaire	1 ^{er} cycle 22,6 % 2 ^e cycle 19,5 %	1 ^{er} cycle 18,4 % 2 ^e cycle 15,2 %	1 ^{er} cycle 20,4 % 2 ^e cycle 17,2 %
Taux de déperdition en 8 ^e année	5,8 %	5,9 %	5,9 %

Enseignants formés (primaire)		Proportion élèves/enseignants	
Masculin	Féminin	Primaire	Secondaire
93,2 %		45/1	Données non disponibles

Éducation sexuelle : Grâce au réseau de l'INEE et à la pression des ONG (parfois soutenues par des financements de donateurs), le ministère de l'Éducation du Burundi a entamé dès 2009, soit quatre ans à peine après la fin du conflit, la préparation d'un programme étoffé d'éducation civique et de compétences pratiques qui inclura des compétences en matière d'édification de la paix. Le gouvernement du Burundi travaille de concert avec la FIPF, l'ISP et l'UNICEF pour proposer des services d'éducation sexuelle adaptés et destinés aux jeunes. Les stratégies d'enseignement en matière de VIH et d'éducation sexuelle comprennent notamment l'éducation par les pairs, les compétences pratiques, des programmes de sensibilisation et de communication et la création de clubs STOP SIDA dans les écoles. Certaines activités liées à l'éducation sexuelle des jeunes figurent dans le Plan stratégique national pour le VIH. Le Burundi est conscient qu'il faut s'attaquer au problème du VIH chez les jeunes.

Programme disponible	Type de programme	Examinable
Oui	Acquisition des compétences pratiques	Non

Sujet couvert	Inclusion dans les programmes de base			
	Inf/P	Sup/P	Inf/S	Sup/S
Compétences pratiques génériques	Oui	Oui	Oui	Oui
Santé adolescente et procréative	Non	Non	Non	Non
Éducation sexuelle	Non	Non	Non	Non
Égalité des sexes et autonomisation des femmes	Non	Non	Non	Non
VIH/SIDA et autres IST	Non	Non	Non	Non
Socle des droits de l'homme	Non	Non	Oui	Non

Hygiène sexuelle et santé reproductive : La Stratégie nationale pour la jeunesse est en cours de révision en vue d'être intégrée au Cadre stratégique national de lutte contre la pauvreté. Les principaux problèmes identifiés dans la stratégie sont les suivants : inadéquation entre la formation donnée aux jeunes et la réalité du marché du travail ; niveau élevé du chômage des jeunes ; manque de coordination entre les différentes structures d'encadrement des jeunes ; faibles capacités d'encadrement des associations de jeunesse ; augmentation de la prévalence du VIH parmi les jeunes. La prévalence du VIH est assez faible (0,8 %⁶ chez les femmes et 0,2 %⁶ chez les hommes), mais les femmes connaissent un taux de prévalence deux fois plus élevé.

Hygiène sexuelle/santé sexuelle et reproductive

Taux de fécondité des adolescentes (15-19 ans) ⁶	18,6%	
Taux de grossesse/natalité chez les adolescentes ⁶	30/1000 naissances	
Taux d'IST (15-24 ans) y compris VIH ⁴	40%	
Prévalence du VIH 15-24 ans ⁶	Masculin 0,2 %	Féminin 0,8 %
Incidence des violences basées sur le genre chez les jeunes femmes 15-24 ans ⁷	Les e violences sexuelles sont plus déclarées en milieu scolaire que dans d'autres milieux	
Jeunes femmes (15-24 ans) victimes de violences sexuelles ⁷	13,7%	

Indicateurs de comportement : Le taux national de prévalence du VIH est de 2,97 %. Dans la tranche d'âge des 15-24 ans, la prévalence chez les femmes est de 0,8 %, c'est-à-dire quatre fois plus que chez les hommes. L'utilisation des préservatifs est plus élevée par les jeunes hommes, seulement 26,9 % des jeunes femmes déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier. Le taux de fécondité des adolescentes (15-19 ans) demeure assez faible, avec 30 naissances vivantes pour 1 000 adolescentes. Cependant, 18,6 % des jeunes femmes de 15 à 19 ans ont déjà entamé une grossesse. La violence sexuelle est répandue, 17,7 % des jeunes filles de moins de 15 ans ayant déclaré avoir été victimes de violences sexuelles, ce taux étant de 13,7 % pour les jeunes femmes de 15 à 24 ans. Le taux de rapports sexuels intergénérationnels est faible, soit 0,6 %. Ces statistiques démontrent que les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH, à la suite de violences sexuelles ; il va de soi que, pour être pertinents, l'éducation sexuelle et les programmes de sensibilisation au VIH doivent tenir compte de ces vulnérabilités en adoptant une approche fondée sur l'égalité des sexes.⁶

Indicateurs de comportement ⁶	Masculin	Féminin
Rapports sexuels avant 15 ans (15-24 ans)	8,4 %	3,3 %
Connaissance approfondie du VIH	46,5 %	44,5 %
Prévalence de partenaires sexuels multiples (15-24 ans)	6,0	0,7
MGF	Non applicable	
Prévalence du mariage des enfants (<18 ans)	26 % des femmes (20-24 ans) indiquent avoir été mariées avant l'âge de 18 ans.	
Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel	Masculin 46 %	Féminin 26,9 %

Services : Les deux tiers de la population ont moins de 25 ans. De nombreux adolescents n'ont pas facilement accès à l'information et aux services en matière d'hygiène sexuelle et de santé sexuelle et reproductive, ce qui explique les grossesses non désirées, les avortements à risque, ainsi que les taux élevés de mortalité maternelle, de VIH/SIDA et d'infections sexuellement transmissibles. Avec 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité maternelle constitue l'un des plus graves problèmes de santé publique. Environ 80 % des accouchements ont lieu à domicile, sans l'aide de professionnels de santé formés.

Accès aux services ⁶	Masculin	Féminin	Total
Femmes mariées utilisant une quelconque méthode de planification familiale		22 %	
15-19 ans utilisant des contraceptifs	57,7 %	56,3 %	57 %
20-24 ans utilisant des contraceptifs	83,6 %	79 %	81,3 %
Accès au dépistage/consultation VIH (15-24 ans): Oui			
Accès aux soins post-avortement	n.d		

Disponibilité des services adaptés aux jeunes : Le Centre de la jeunesse de Kamenge existe dans la région depuis 1991. Pendant et après la crise de 1994, il a permis d'organiser des rencontres entre jeunes Hutus et Tutsis dans le cadre d'activités sportives et culturelles. Au cours des 15 dernières années, le Centre de la jeunesse de Kamenge a rassemblé des jeunes de tous les milieux sociaux, ethniques et religieux, pour les impliquer dans différentes activités visant à promouvoir la paix et la coexistence. Parmi ces activités figurent des ateliers sur la paix et la réconciliation et des actions de sensibilisation au SIDA, des activités d'alphabétisation, des sessions de travail et des formations informatiques. Selon un rapport de situation sur le Burundi publié en 2007 par ONUSIDA, 4 000 jeunes avaient à cette date reçu une formation aux compétences pratiques, et 972 clubs Stop SIDA avaient entrepris des activités d'information, d'éducation et de communication qui avaient touché 23 354 élèves. Il faut noter également que ces derniers temps, des clubs Stop SIDA au sein des écoles secondaires et d'autres centres pour jeunes ont été créés partout dans le pays.

Notes:

- 1 Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 (PNDS 2011-2015)
- 2 Rapport sur le développement humain 2013
- 3 Recensement Générale de la population et de l'habitation 2008 (RGPH 2008)

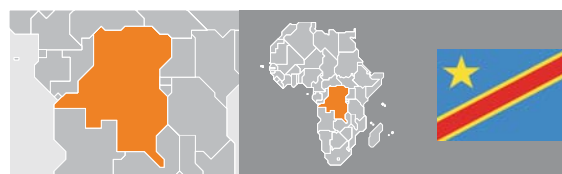
4 RGPH 2008

5 RGPH 2008

6 Enquête Démographique et de Santé 2010 (EDS 2010)

7 Rapport SWAA, SERUKA, NTURENGAHO

DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO



National Poverty Rate¹	71.3%
Public spending : Educationⁱ	6.2%
Public spending : Healthⁱ	1.1%
School attendance rate among orphans age 10 - 14 yrs²	63.3%

Population : 65 705 093

Population estimations take into consideration increased mortality rates caused by HIV and AIDS, which has led to lowering of life-expectancy, higher rates of infant mortality and reductions in overall population growth.³

Population ⁴	Male	Female	Total
% children aged 10 to 14 yrs	14.3%	13.0%	13.6%
% adolescents 15 to 19 yrs	10%	9%	9.5%
% youth 20 to 24 yrs	8.3%	10%	9.1%

Education :

Overall levels of access to primary schooling are reasonably high, however, there is a considerable drop-out rate between primary and secondary level schooling. There are also differences between girls and boys' access to school: girls have lower school enrolment at both primary and secondary school.

Primary and secondary school completion rates are very low, particularly among girls, and this will impact negatively on the implementation of any HIV-related programmes. On average, only 3.5 years of schooling are being completed of a possible 8.5 years. The low levels of school-completion suggest that a significant number of young people are not in education.

Education	Male	Female	Total
Adult literacy rate ^v	86%	59%	66.8%
Literacy rate ^v 15 to 24 yrs	68%	62%	65%
Primary enrolment rate (net) ⁵	53%	46%	49.5%
Net school attendance rate primary ²	78%	72%	75%
Net school attendance rate secondary ²	35.1%	28.3%	42.2%
Primary school completion rates	15.4%	13.5%	14.4%
Secondary school completion rates	85.3%	89.7%	87.2%

Trained Teachers (primary) ⁶			Teacher / learner ratio ⁷	
Male	Female	Total	Primary	Secondary
-	-	93.4%	37.4%	15.2%

Gender parity index (ratio girls /boys) ²	Primary	Secondary	Tertiary
	0.93	0.81	-

Sexuality Education : The school curriculum includes HIV and AIDS, sexuality education and a wide range of practical skills. However, teaching materials are not available for all levels. The "Life skills and HIV" curriculum is spread across the seven core subjects. It is implemented in primary and secondary school and is in the process of redevelopment for further education. The HIV curriculum is obligatory and is examinable in primary and secondary schools. It is estimated that 80% of all primary and secondary schools include HIV/ AIDS and life skills education based on this curriculum. Young people out of school are also targeted through non-formal education programmes. The option of parental engagement is included in the HIV curriculum, on an ad-hoc basis. The long term impact of the programme has not yet been evaluated.

Curriculum available	Type of curriculum	Curriculum examinable
Yes	Life Skills	Yes

Curriculum content ⁸	Included in core curriculum			
	Primaire 1	Primaire 2	Secondaire 1	Secondaire 2
General Life Skills	Yes	Yes	Yes	N/a
Adolescent and reproductive health	No	Yes	Yes	N/a
Sexuality education	No	Yes	Yes	N/a
Gender equality and empowerment	Yes	Yes	Yes	N/a
HIV and AIDS and other STIs	Yes	Yes	Yes	N/a
Stigma and discrimination	Yes	Yes	Yes	N/a
Family life and personal relationships	Yes	Yes	Yes	N/a

Sexual and reproductive health : HIV prevalence across the country is low, particularly in comparison with other countries in the region. HIV prevalence is lower among young people than the adult population. Fertility rates among adolescents are quite high, a fact which can be partly attributed to early sexual debut: 21.4% of girls have their first sexual experience before the age of 15 years. In addition, pregnancy related complications are more common among adolescents and contribute to a higher maternal mortality rate.

Sexual and reproductive health	Male	Female	Total
Fertility rate among adolescents 15 to 19 yrs ²	-	135‰	-
Contraceptive prevalence rate among 15-49 yrs ²	-	18%	-
STI prevalence among 15 to 24 yrs ⁴	4.9%	4.1%	4.5%
HIV prevalence among young people 15 to 24 yrs⁹	15 to 19	20 to 24	Total
	2.6%	3.0%	3.0%
Incidence of gender-based and sexual violence among young women 15 to 24 yrs ⁴	16 % report having ever experienced sexual intercourse without their consent (forced sex)		
	Younger women in particular are at risk: the prevalence of women who have ever experienced forced sex is 21% among girls 18-19 yrs and 14% among women aged 40-49.		
	In areas affected by conflict, 76% of women accept gender-based violence as 'normal'.		
Unmet family planning needs among 15 to 49 yrs ⁶	Birth spacing	Birth control	Total
Aged 15-19 yrs	25.2%	0.9%	26.1
Aged 20-24 yrs	22.2%	1.8%	24%

Behavioural indicators :

HIV knowledge levels among young people are very low. This presents a potential risk of increased HIV and STI transmission even if current prevalence levels are relatively low. These risks for young people are heightened by low levels of condom use across the whole adult population. Condom use is currently the most effective way of reducing the risk of STIs and of unintended pregnancy.

Behavioural indicators	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-19) (among youth aged 20 to 24 yrs) ⁴	17.7%	18.2%	18%
Prevalence of multiple sexual partners (aged 15-24) ⁴	14.3%	3.3%	8.8%
Prevalence of FGM among women 15-24 yrs	-	No data	-
Condom use at last sex 15 to 24 yrs ⁴	25.6%	16.4%	21%
Child marriage (among women 20 to 24 yrs)¹⁰	Married by 15 yrs		Married by 18 yrs
	8%		39%

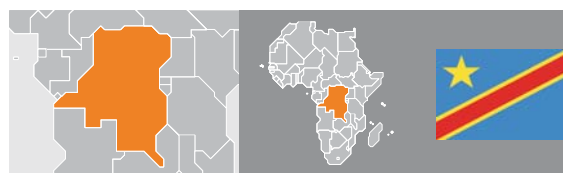
Services : The ministry of health works with other ministries to integrate issues related to youth, education and sexual and reproductive health. Some studies show that, for young people, health services are a second choice, after self-medicating or traditional healers, which are viewed as more easily accessible. IN DRC, some programmes have been developed to improve the delivery of services to adolescents and young people. The country is, however, vast and the scale of the challenges that remain in sexual and reproductive health are also vast: DRC has some of the world's worst SRH outcomes worldwide.

Access to services ⁴	Male	Female	Total
Young women aged 15-19 yrs reporting difficulty in accessing health care	-	85.1%	-
Young people aged 15-19 who use contraception	27.8%	6.6%	17.2%
Young people aged 20-24 who use contraception	18.9%	9.6%	14.3%
Access to HIV testing and received a result from a test in the previous 12 months	15 to 19 yrs		20 to 24 yrs
	5.5%		13 %
Access to post-abortion care	Data not available		
Availability of youth friendly services	Limited		

Notes:

- 1 UNDP. Human Development Report 2013
- 2 RDC, Ministère du plan, (2010), Enquête par Groupe à Indicateurs Multiples (Mics4 /2010)
- 3 The World Bank. World Development Indicators Data. (<http://databank.worldbank.org/data>)
- 4 RDC, Ministère du plan, (2007), Enquête Démographique et de Santé, Kinshasa
- 5 Annuaire statistiques de l'EPSP 2009-2010
- 6 IDH, 2005-2010
- 7 Annuaire statistiques de l'EPSP 2009-2010
- 8 Country summary report for the Global Progress Survey on Education Sector Response to HIV and AIDS (2011)
- 9 Rapport d'activité sur la réponse au VIH/SIDA en R.D.Congo 2012
- 10 UNICEF SOWC : La situation des enfants dans le monde 2005-2010, UNICEF

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



Taux national de pauvreté¹	71,3 %
Dépenses publique d'éducation¹	6,2 %
Dépenses publique de santé¹	1,1 %
Taux de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans²	63,3 %

Population : 65 705 093

Les estimations prennent en compte les effets de la surmortalité due au SIDA, qui se traduit par une espérance de vie moins longue, une mortalité infantile plus forte et un taux de croissance démographique moins élevé³.

Population ⁴	Hommes	Femmes	Total
% d'enfants de 10 à 14 ans	14,3 %	13,0%	13,6%
% d'adolescents de 15 à 19 ans	10%	9%	9,5%
% de jeunes de 20 à 24 ans	8,3%	10%	9,1%

Éducation : Le taux de fréquentation scolaire net dans le primaire est assez élevé mais, parmi les élèves qui sont passés dans le secondaire, ce taux est très faible. On observe aussi certaines différences entre les sexes dans la fréquentation des écoles primaires et secondaires, le taux net de fréquentation des filles étant moins élevé que celui de leurs homologues masculins. Le taux d'achèvement des études dans le primaire et le secondaire est très faible, et cela aura sans doute des incidences négatives sur la mise en place d'un programme relatif au VIH et au SIDA. Cela est encore exacerbé par le fait que, parmi les jeunes scolarisés, le taux d'achèvement des études dans le primaire et le secondaire est malheureusement très bas, en particulier parmi les filles. Sur un nombre moyen possible de 8,5 années de scolarité, seules 3,5 années sont effectivement achevées. Cet indicateur confirme l'impression qu'un nombre important de jeunes ne suivent pas la scolarité formelle.

Éducation	Hommes	Femmes	Total
Taux d'alphabétisation des adultes ⁴	86 %	59 %	66,8 %
Taux d'alphabétisation 15 à 24 ans ⁴	68 %	62 %	65 %
Taux net d'admission dans le primaire ⁵	53 %	46 %	49,5 %
Taux net de fréquentation dans le primaire ²	78 %	72 %	75 %
Taux net de fréquentation dans le secondaire ²	35,1 %	28,3 %	42,2 %
Taux d'achèvement de la scolarité dans le primaire ²	15,4 %	13,5 %	14,4 %
Taux d'achèvement de la scolarité dans le secondaire ²	85,3 %	89,7 %	87,2 %

Enseignants formés (primaire) ⁶			Proportion élèves/enseignants ⁷	
Hommes	Femmes	Total	Primaire	Secondaire
-	-	93,4 %	37,4	15,2

Indice de parité des sexes (ratio filles/garçons) ²	Primaire	Secondaire	Supérieur
	0,93	0,81	-

Éducation sexuelle : Des questions portant sur un large éventail de compétences pratiques, le VIH/SIDA et l'éducation sexuelle sont incluses dans le programme scolaire. Cependant, il n'existe pas de matériels pédagogiques pour toutes les classes. Le programme « Compétences pratiques/VIH » recoupe les sept principales matières scolaires. Il est appliqué dans les écoles primaires et secondaires et est en cours de réexamen dans l'enseignement supérieur. Le programme sur le VIH est obligatoire et donne lieu à un examen dans les écoles primaires et secondaires. On estime qu'environ 80 % des écoles primaires et secondaires dispensent un enseignement sur le VIH/SIDA et les compétences pratiques en s'appuyant sur le programme. Les jeunes non scolarisés sont également visés dans l'application de ce programme au moyen d'initiatives d'éducation non formelle. Une option pour les parents est prévue dans le programme sur le VIH, mais seulement sous une forme ponctuelle. L'impact à long terme du programme sur le VIH n'a encore fait l'objet d'aucune évaluation.

Programme disponible	Type de programme	Programme donnant lieu à examen
Oui	Compétences pratiques	Oui

Sujets traités	Prise en compte dans le curriculum commun			
	Primaire 1	Primaire 2	Secondaire 1	Secondaire 2
Compétences pratiques générales	Oui	Oui	Oui	Pas de réponse
Santé des adolescents et santé de la reproduction	Non	Oui	Oui	Pas de réponse
Éducation sexuelle	Non	Oui	Oui	Pas de réponse
Egalité des sexes et autonomisation des femmes	Oui	Oui	Oui	Pas de réponse
VIH/SIDA et autres IST	Oui	Oui	Oui	Pas de réponse
Stigmatisation et discrimination	Oui	Oui	Oui	Pas de réponse
Vie familiale et relations interpersonnelles	Oui	Oui	Oui	Pas de réponse

Santé sexuelle et reproductive : La prévalence du VIH dans l'ensemble du pays est assez faible, notamment en comparaison avec d'autres États subsahariens. La prévalence globale du VIH est aussi plus faible parmi les jeunes que dans l'ensemble de la population adulte. Le taux de fécondité des adolescentes est assez élevé, et s'explique sans doute en partie par le commencement précoce de l'activité sexuelle, 21,4 % des filles ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. En outre, les complications de santé sont fréquentes chez les adolescentes pendant la grossesse, facteur qui contribue à l'augmentation de la mortalité maternelle.

Santé sexuelle/reproductive	Hommes	Femmes	Total
Taux de fécondité des adolescentes de 15 à 19 ans ²	-	135 ‰	-
Taux de prévalence des contraceptifs chez les personnes de 15 à 49 ans ²	-	18 %	-
Prévalence des IST chez les jeunes de 15 à 24 ans ⁴	4,9 %	4,1 %	4,5 %
Prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans ⁹	15 à 19 ans 2,6 %	20 à 24 ans 3,0 %	Total 3,0 %
Incidence des cas de violence sexuelle et sexiste (VSS) chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans ⁴	16 % ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels contre leur volonté. Les jeunes filles, en particulier, sont les plus exposées. En effet, l'incidence des violences sexuelles varie de 21 % chez les jeunes filles de 18-19 ans à 14 % chez les femmes de 40-49 ans. Dans les zones de conflit, 76 % des femmes considèrent la violence sexiste comme normale.		
Besoins non satisfaits de planning familial chez les personnes de 15 à 49 ans ⁶	Espacement	limitation	Total
15 à 19 ans	25,2	0,9	26,1
20 à 24 ans	22,2	1,8	24

Indicateurs comportementaux : Le niveau d'information approfondi des jeunes sur le VIH est très faible. Cela induit potentiellement un risque élevé de transmission de maladies sexuellement transmissibles parmi les jeunes, même si actuellement la prévalence du VIH et d'autres IST est assez peu élevée. Les risques de santé élevés pour les jeunes sont renforcés par la faible prévalence de l'usage de préservatifs dans l'ensemble de la population adulte. L'utilisation de préservatifs est aujourd'hui probablement le moyen le plus sûr de réduire les maladies sexuellement transmissibles et les grossesses involontaires.

Indicateurs de comportement	Hommes	Femmes	Total
Rapports sexuels avant 15 ans (chez les jeunes de 20 à 24 ans) ⁴	17,7 %	18,2 %	18 %
Partenaires multiples chez les jeunes de 15 à 24 ans ⁴	14,3 %	3,3 %	8,8 %
Prévalence des MGF chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans	-	Pas de données	-
Usage de préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les jeunes de 15 à 24 ans ⁴	25,6 %	16,4 %	21 %
Prévalence du mariage des enfants (chez les femmes de 20 à 24 ans) ¹⁰	Mariage à 15 ans 8 %		Mariage à 18 ans 39 %

Services : Le ministère de la Santé travaille avec d'autres ministères à l'intégration des questions qui concernent la jeunesse, l'éducation et la santé sexuelle et de la reproduction. Certaines enquêtes montrent que, pour les jeunes, les services de santé sont considérés comme une option secondaire venant après l'automédication et les traitements traditionnels, perçus comme plus facilement accessibles. En RDC, des programmes ont été élaborés à l'intention des adolescents et des jeunes, afin de répondre aux besoins actuels et d'améliorer la fourniture de soins. Le pays, cependant, est vaste et les défis à surmonter en matière de santé sexuelle et reproductive sont de ce fait énormes, la RDC affichant certaines des statistiques les plus défavorables au niveau mondial dans ce domaine.

Accès aux services ⁴	Hommes	Femmes	Total
Jeunes femmes de 15 à 19 ans ayant des difficultés à accéder à des soins de santé	-	85,1 %	-
Jeunes de 15 à 19 ans utilisant la contraception	27,8 %	6,6 %	17,2 %
Jeunes de 20 à 24 ans utilisant la contraception	18,9 %	9,6 %	14,3 %
Accès au dépistage VIH / résultats du dernier test VIH pendant les 12 mois précédents	15 à 19 ans 5,5 %		20 à 24 ans 13 %
Accès aux soins après avortement	Pas de données		
Disponibilité de services adaptés aux jeunes	Réduite		

Notes:

- 1 UNDP. Human Development Report 2013
- 2 RDC, Ministère du plan, (2010), Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (Mics4 /2010)
- 3 The World Bank. World Development Indicators Data. (<http://databank.worldbank.org/data>)
- 4 RDC, Ministère du plan, (2007), Enquête Démographique et de Santé, Kinshasa
- 5 Annuaire statistiques de l'EPSP 2009-2010
- 6 IDH, 2005-2010
- 7 Annuaire statistiques de l'EPSP 2009-2010
- 8 Country summary report for the Global Progress Survey on Education Sector Response to HIV and AIDS (2011)
- 9 Rapport d'activité sur la réponse au VIH/SIDA en R.D.Congo 2012
- 10 UNICEF SOWC : La situation des enfants dans le monde 2005-2010, UNICEF

ETHIOPIA



Population: 91 728 849 (2012)¹

Approximately 43.9% of the population is less than 15 years of age.²

National poverty line: 38.9%³

Public Expenditure on Education (2010): 4.7% of GDP³

Public Expenditure on Health (2011): 2.6% of GDP

Education: Net enrolment rates for primary school have seen a marked increase over the last decade. Ethiopia has made significant strides in universal primary school education. The gender parity index illustrates a gender bias in education which increases by education level. Primary attendance and enrolment is high, however, this is not the case with secondary attendance. This should inform programming and initiatives to reach young people. Continued efforts should be made to target out-of-school young people so that they can access sexuality and life skills education. Mean years of schooling is 1.5 years out of an expected 8.5 years, one of the lowest educational attainment levels in the Eastern and Southern African (ESA) region.

Sexuality education: There is a cross-curricula HIV and AIDS syllabus which is compulsory and examinable and the component on sexuality education (SE) is in the process of being developed. An estimated 38.4% of primary and secondary schools provide life skills education, which includes HIV and AIDS. The Ethiopian curriculum also orientates parents on HIV and AIDS education on a yearly basis. Efforts have been made to include traditional leaders in the discussion as well, however, this is being done on an ad hoc basis.⁶

Population ²	Male	Female	Total
% children 10-14 years	15.4%	13.8%	14.6%
% adolescents 15-19 years	9.3%	11%	10.2%
% young people 20-24 years	7.7%	8.3%	8.0%

Education ^{4,5}	Male	Female	Total
Adult literacy rate (2007)	49.1%	28.9%	39.0%
Literacy rates 15-24 years (2007)	63%	47%	55%
Net enrolment rate primary	86.8%	83.9%	85.4%
Net enrolment rate secondary	16.9%	17.6%	17.3%
Trained teachers (Lower primary)	27.3%	34.7%	30.4%
Trained teachers (Upper primary)	89.3%	93.8%	90.8%
	Primary	Secondary	
Teacher-pupil ratios	55	40	
Gender parity index	0.95	0.88	

Curriculum Available	Curriculum Type	Examinable
Yes	Life Skills Education	Yes

Curriculum content ⁶	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	Yes
Adolescent and reproductive health	Yes	Yes	Yes	Yes
Sexuality education	Partial	Partial	Partial	Partial
Gender equality and empowerment	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV and AIDS and other STIs	Yes	Yes	Yes	Yes
Human rights base	Yes	Yes	Yes	Yes

Sexual and reproductive health: The HIV and AIDS Education Strategic Plan For Intensifying Multi-sectoral HIV and AIDS Response in Ethiopia II (SPM II) recognizes the importance of reaching young people in programming and educating them on HIV and AIDS and sexuality. SPM III employs a number of strategies to promote SE and young people-friendly sexual and reproductive health (SRH) services through peer education programmes, anti-AIDS clubs and girls clubs, which provide young people with educational information on sex and sexuality. The National Reproductive Health Strategy (2006-2015) recognizes the importance of education in achieving positive reproductive health outcomes for the country, and for young people in particular.

Behavioural indicators: In comparison with the rest of the ESA region, Ethiopia has low prevalence of HIV and AIDS and sexually transmitted infections (STIs), however, knowledge and condom use are equally low. There is a 10% difference in the knowledge levels of young men and women. Women also experience higher prevalence of HIV and AIDS, STIs and age at first sex. The gendered nature of the HIV and AIDS is quite pervasive in the Ethiopian indicators, but the epidemic is quite generalized in Ethiopia, which masks the risks some key populations face as compared to others.²

Services: In 2010/11, 173 million condoms were distributed. The National Reproductive Health Strategy stipulates the incorporation of emergency contraception as an integral part of the national contraceptive method mix. A total of 5.85 million people (53% male and 47% female) received HIV counselling and testing (HCT) in 2008/09. In Ethiopia, male circumcision is a culturally embedded practice and therefore, 89.1% of young men aged 15-24 report being circumcised.²

Notes:

- 1 The World Bank. World Development Indicators Data. (<http://databank.worldbank.org/data>)
- 2 EDHS 2011
- 3 Human Development Report 2013
- 4 UNESCO Institute for Statistics Data Centre
- 5 Ministry of Education. September 2012. Education Statistics Annual Abstract 2004 E.C (2011/2012) Addis Ababa, Ethiopia
- 6 Selected 2011 GPS Key Results: Ethiopian Ministry of Education

SRH ²	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate (aged 15-19)		7.9%	
Adolescent fertility rate (aged 20-24)		20.6%	
STI rate (aged 15-24)	1.9%	0.7%	1.3%
HIV prevalence (aged 15-24)	0.1%	0.55%	0.325%
Unmet need for FP (aged 15-19)		32.8%	
Unmet need for FP (aged 20-24)		21.8%	

Behavioural indicators ²	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-19)	1.2%	7.1	-
Sex before age 15 (aged 20-24)	1.3%	16%	8.65%
Prevalence of multiple sexual partners (aged 15-24)	1%	0.4%	0.7%
Prevalence of female genital cutting (aged 15-49)		74%	
Prevalence of child marriage (women aged 20-24 married before age 18)		36.5%	
Condom use at last sex among unmarried youth (aged 15-24)	60.9%	45.5%	

Access to services			
Currently married women using FP methods (aged 15-19)		23.8%	
Currently married women using family planning methods (aged 20-24)		34.8%	
Access to HTC (aged 15-24)	Male	Female	
Know where to get tested	69.2%	78.8%	
Have ever tested	40.5%	35.6%	
Have received testing results	37.3%	32%	
Access to post-abortion care	Abortion is illegal in Ethiopia except in specific circumstances		

KENYA



Population¹: 38.6 million

A total of 43% of the population is below the age of 15 and 78% of Kenyans currently live in rural areas, with 60% of households engaged in farm work.

National poverty rate²: 45.9%

Education expenditure²: 17.2% of government expenditure

Health expenditure²: US \$37 per capita

Ratio of school attendance of orphans aged 10-14²: 0.93 (2007)

Population ³	Male	Female	Total
% children 10-14 years	13.8%	13.7%	27.5%
% adolescents 15-19 years	10.6%	9.5%	20.1%
% young people 20-24 years	8%	9.3%	17.3%

Education^{4 5}: The education system is centralised, and includes eight years in primary school, four years in secondary school and four years in a general university degree programme. The completion rate remains relatively low, and in secondary school in particular, a huge discrepancy between the number of girls and boys who complete school exists. This necessitates the development of gender-specific programmes for out-of-school young people. The Kenyan government has provided orphans and vulnerable children (OVC) the opportunity to access education.

Education ⁴	Male	Female	Total
Adult literacy rate	90.5%	83.5%	87%
Literacy rates 15-24 years	87.2%	72.3%	83.9%
Net enrolment rate primary	95.9%	95.6%	95.7%
Net enrolment rate secondary	32.9%	32.6%	32.7%
Primary school completion rate	81.9%	78.6%	80.3%

Trained teachers (primary) ⁴	Teacher-student ratios ⁴		
	Male	Female	Teacher-student ratios ⁴
96%	92.5%	Primary	Secondary
		1:47	1:30

Gender parity index (ratio girls/boys)	Gender parity index (ratio girls/boys)		
	Primary	Second	Tertiary
0.98	0.90	0.70	

Sexuality education⁶: The Life Skills Education Syllabus series are an improved version of the 2002 ones. The purpose of the 'Let Us Talk About AIDS' series, which are designed for children in and out of school, is to teach young people how to form healthy relationships so that they can avoid being infected with HIV and other sexually transmitted infections (STIs). There is no data about the existence of special training for life skills education teachers.

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Yes	Life Skills	No

Curriculum content ⁷	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	Yes
Adolescent and reproductive health	-	Yes	Yes	Yes
Sexuality education	-	Yes	Yes	Yes
Gender equality and empowerment	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV and AIDS and other STIs	Yes	Yes	Yes	Yes
Stigma and discrimination	-	Yes	Yes	Yes
Family life and interpersonal relations	Yes	Yes	Yes	Yes

Sexual and reproductive health (SRH)⁸⁻⁹: HIV and AIDS, maternal and child health are priority areas for the government. Kenya is characterized by a high unmet need for family planning, a low level of contraceptive use (it is, however, high if compared to other African countries' contraceptive use levels), as well as high rates of unintended pregnancy. Kenya has one of the highest child marriage rates in the world, which impacts negatively on the state of young women's health.

SRH ⁸	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate (aged 15-19)	-	17.7%	17.7%
Contraceptive prevalence (aged 15-19)	-	25%	25%
Contraceptive prevalence (aged 20-24)	-	30%	30%
STI prevalence (aged 15-24)	1.3%	1.6%	1.5%
HIV prevalence (aged 15-24)	1.8%	4.1%	3.8%
Incidence of sexual gender-based violence (SGBV) (aged 15-24)	-	15.4%	15.4%
Unmet need for family planning (aged 15-24)	-	30%	30%

Behavioural indicators⁸: Gender-based violence (GBV) is common in Kenya: 39% of women aged 15-49 report having been physically or sexually abused by their husbands or partners. A total of 35% of men and 18% of women are likely to engage in higher-risk sex, defined as sex with non-marital, non-cohabitating partners.

Behavioural indicators ⁸	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-19)	22.3%	11.5%	16.9%
Sex before age 15 (aged 20-24)	22%	10.4%	16.2%
Multiple partners (aged 15-24)	7.7%	1.6%	4.7%
Prevalence of female genital cutting (aged 15-49)	-	32%	32%
Prevalence of child marriage	-	26%	26%
Condom use at last sex (aged 15-24)	64%	40%	53.4%

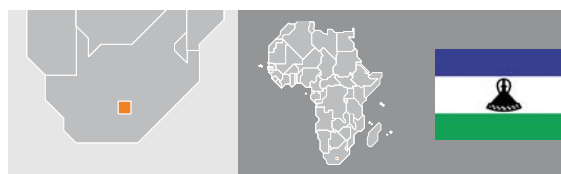
Services⁸: As a result of the existence of multiple opportunities for HIV testing and counselling (HTC), there has been a significant increase in the number of HIV-tested people. Prevention of mother-to-child transmission services are provided for free. They include various interventions, such as HTC, preventive treatment with antiretroviral drugs (maternal and infant), counselling, information about correct infant feeding, access to safe obstetric care and family planning services. Access to post-exposure prophylaxis (PEP) is increasing.

Access to services ⁸	Male	Female	Total
Married/sexually active unmarried women aged 15-24 using all family planning methods	-	16.7%	16.7%
15-24-year-olds using contraception	67%	37%	52%
15-24-year-olds eligible for HIV testing	Aged 15-19 84%	Aged 20-24 84%	
Access to post-abortion care	Unclear how widely the new legal status of abortion is understood or being implemented		
Availability of young people-friendly services	7% of health facilities offer young people-friendly services		

Notes:

- 1 Population Reference Bureau and National Coordinating Agency for Population and Development, 2011, *Kenya Population Data Sheet 2011*. Washington, DC: PRB
- 2 UNDP, 2011, *Human Development Report - Sustainability and Equity: A Better Future for All*. UNDP: New York
- 3 Kenyan National Census, 2009
- 4 MoE 2009
- 5 MoE, 2012, *End of Decade Assessment*
- 6 Kenya Institute of Education, 2002, *Life Skills Education for the Youth*. Nairobi
- 7 Kenya Institute of Education, 2008, *Ministry of Education Secondary School Curriculum: Life Skills Education Syllabus*. Nairobi
- 8 DHS 2008-9
- 9 National AIDS/STI Control Programme, 2009, *Kenya AIDS Indicator Survey: Final Report*. Nairobi, NASCOP

LESOTHO



Population: 2 051 545 (2012)¹
36.8% of the population is aged below 15.²

National poverty line: 43%³

Public expenditure on education: 13% of GDP⁴

Public expenditure on health: 8.5% of GDP⁵

Education: The proportion of trained teachers is only about 60%, which might result in a significant compromise of the delivery of quality of education. Furthermore, while net attendance rates for primary school look good at 87% and 91% for males and females respectively, the same is not the case with secondary attendance rates at 23% and 37% for young men and women respectively.⁶ These attendance rates suggest there is a lot of absenteeism from school among young people, especially at secondary level. There is therefore a need to monitor and ensure consistent school attendance by young people. School attendance rates for females are higher, which suggests the country could be doing much more to ensure gender equality.

Sexuality education: The HIV and AIDS and Life Skills Education (LSE) curriculum was introduced in 2005 and piloted in 2007. It is taught in primary school grades 4 to 7 and secondary school forms A to C. In terms of content^{11,8}, the LSE curriculum includes themes highly relevant to HIV and pregnancy prevention education, such as gender, human rights, identity, HIV transmission and prevention, and AIDS treatment and care. However, it either misses, or inadequately addresses the issue of understanding sexually transmitted infections (STIs), as well as information about condoms, condom use negotiation and contraception. Despite the fact that the curriculum addresses bodily changes occurring during the teen years, there is no mentioning of the connection between sex and pregnancy. Sexuality is presented in an entirely negative light through focusing on sexual abuse, the need to abstain, and the risks of sex. Self-efficacy and communication skills are also inadequately addressed. The issues of avoiding multiple-concurrent partnerships and intergenerational sexual relationships are only rarely mentioned.⁸ Almost all of the above-mentioned courses are offered at each level of education from primary to tertiary. The curriculum has been made mandatory in all educational institutions. Efforts have also been made to include out-of-school young people in life skills and HIV and AIDS awareness efforts.

Population ³	Male	Female	Total
% children 10-14 years	15.8%	13.6%	29.4%
% adolescents 15-19 years	12%	10.4%	22.4%
% young people 20-24 years	9%	9%	18%

Education ⁷	Male	Female	Total
Adult literacy rate	83%	96%	90%
Literacy rates 15-24 years	86%	98%	92%
Net enrolment rate primary	72%	75%	74%
Net enrolment rate secondary	23%	37%	30%
Progression to secondary	71%	73%	74%

Trained teachers (primary) ⁸	Teacher-student ratios ⁸			
	Male	Female	Primary	Secondary
	11%	59%	34	39
Gender parity index (ratio girls/boys)	Primary	Second	Tertiary	
	1.04	0.91	0.62	

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Yes	Life Skills	No

Curriculum content ⁸	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	No
Adolescent and reproductive health	No	No	No	No
Sexuality education	No	No	No	No
Gender equality and empowerment	No	No	No	No
HIV and AIDS and other STIs	Yes	Yes	Yes	No
Stigma and discrimination	Yes	Yes	Yes	No
Family life and interpersonal relations	Yes	Yes	Yes	No

Sexual and reproductive health: Prevalence of STIs is estimated at 14%, while HIV prevalence for young people aged 15-24 is estimated at 18.5% and is very high among females at 28.2% compared to 8.9% of their male counterparts⁶. A likely contributing factor is high prevalence of early sexual debut among this age group, with 8.5% of males and 21.5% of females having had sex before 15 years old⁹. Condom use among young people is high, estimated at 62% for females and 54% for males during sex with an irregular partner.⁹ This, together with increased levels of comprehensive knowledge, seem to correlate with the decrease of HIV prevalence among young people aged 15-22 (10.8% among females and 6.1% among males from 2004 to 2009).⁶

Behavioural indicators: The incidence of HIV is high at 23%, although it is slightly lower in the 15-24 age group.⁹ The high prevalence of child marriage in Lesotho exposes young girls to the risk of early pregnancy, HIV and STIs. Teenage pregnancy, child marriage and the lower status of girls leads to higher school attrition rates for girls.

Services: Not available.

SRH	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate ⁹		96 births per 1000 women	
Teenage pregnancy rate ⁹		20%	
STI rate (aged 18-49) ¹⁰	13%	15%	14%
HIV prevalence (aged 15-24) ⁶	8.9%	28.2%	18.5%
Unmet need for family planning (aged 15-24) ⁹	-	28%	28%

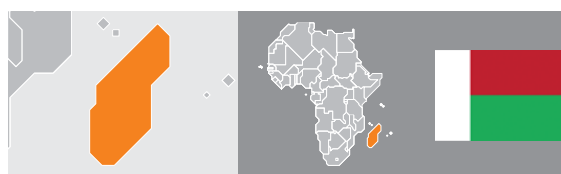
Behavioural indicators ⁹	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-19)	9%	25%	17%
Sex before age 15 (aged 20-24)	8%	18%	13%
Multiple partners (aged 15-24)	21%	4%	12.5%
Prevalence of female genital cutting (aged 15-24)		2%	
Prevalence of child marriage			9%
Condom use at last sex (aged 15-24)	54%	62%	58%

Access to services ⁹	Male	Female	Total
Married women using all family planning methods	-	46%	-
15- 19-year-olds using contraception	27.7%	20.5%	24.1%
20- 24-year-olds using contraception	64.2%	70.7%	67.5%
Access to HIV testing and counselling in the past 12 months	13.6%	11.8%	12.7%
Access to post-abortion care	Only where a woman's life is at risk		
Availability of young people-friendly services:	-		

Notes:

- 1 Bureau of Statistics, 2006, Population and Housing Census, Government of Lesotho
- 2 National AIDS Commission, 2011, National HIV and AIDS Strategic Plan 2011/12-2015/16
- 3 UNDP, 2010, Human Development Report – The Real Wealth of Nations
- 4 UNESCO Institute for Education Data Centre
- 5 UNDP, Human Development Report 2013.
- 6 UNICEF, 2011, *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Young Adulthood*. New York: UNICEF.
- 7 MoE, 2012, Education Statistics Bulletin 2011
- 8 Population Council, 2011, Sexuality Education Curriculum Review: Lesotho
- 9 DHS 2009
- 10 GOL, 2012, Global AIDS Response Country Progress Report January 2010-December 2011

MADAGASCAR



Population living below \$1.25 PPP per day	81.3%
Public spending on education	3.2%
Public spending on health	2.3%
Proportion of orphans 10-15 yrs	11%

Population: 22 293 914 (2012)

42.4% of the population is below the age of 15.

Population	Male	Female	Total
% children 10-14 yrs	-	-	24%
% adolescents 15-19 yrs	10.1%	10.1%	10.1%
% youth 20-24 yrs	7.0%	7.1%	7.0%

Education:

More than 25% of children between 6 and 10 years of age are not enrolled in primary school. Girls have a higher national net enrolment rate than boys in this age band. The low net enrollment rates at secondary level show a low internal efficiency within the system. In fact only 23% of 11-14 year olds that should be in secondary school are enrolled. Significant drop outs are recorded at the primary education especially in recent years. In contrast, women over 15 are less literate than men. However this national average masks regional variations.

Education	Male	Female	Total
Adult literacy rate	74,9	68%	71,4%
Literacy rates 15-24 yrs	-	-	-
Net enrolment rate primary	72,4%	74,5%	73,4%
Net enrolment rate secondary	21%	24,5%	22,5%
Progression to secondary	-	-	-

Trained teachers (primary)	Pupil / Teacher Ratios		
	Male	Female	Total
-	-	-	44
Gender parity index (ratio girls/boys)	Primary	Second	Tertiary
	-	-	-

Sexuality Education: The duration of primary education in Madagascar is 5 years. The elementary education is provided to the children of the age group of 6 to 10. The duration of secondary education in Madagascar is 7 years. The secondary education is divided into a junior secondary stage and a senior secondary stage when sexuality education is offered. Children from 11 to 14 years attend the junior secondary stage and children from 15 to 17 years attend the senior secondary stage. The duration of the junior secondary stage is 4 years and for senior secondary stage, the duration is 3 years. After the completion of junior level, certificates are received by the graduates. Life skills training which is expected to equip young people with skills to help protect themselves against challenges like HIV infections, is provided through schools.

Curriculum Available	Curriculum Type	Examinable
Yes	Life Skills – stand alone	From Grade 8

Curriculum Content	Inclusion in core curriculum			
	Low/ P	Up/P	Low/S	Up/S
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	Yes
Adolescent & reproductive health	No	Yes	Yes	Yes
Sexuality education	No	Yes	Yes	Yes
Gender equality & empowerment	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV/AIDS and other STIs	Yes	Yes	Yes	Yes
Stigma & discrimination	Yes	Yes	Yes	Yes
Family life & inter-personal relations	yes	Yes	Yes	Yes

Sexual and Reproductive Health: There is a high birth rate among young people estimated at 147 births per 1,000 adolescents (UNICEF, 2010). This means approximately 147 female adolescents out of a 1,000 are at risk of contracting HIV and/or other STIs, as research has identified the practice of sexual intercourse at tender age to be associated with increased risk of HIV infection. The risk is likely to increase as comprehensive correct knowledge of HIV is also quite low among young people (*State of the World's Children*, 2012).

Sexual/ Reproductive Health	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate	-	4.65%	-
Teenage pregnancy rate 15-19 yrs	-	31.7%	31.7%
STI rate 15-24 yrs	2%	4.6%	0.2%
HIV prevalence 15-24 yrs	0.2%	0.1%	0.2%
Incidence SGBV young women 15-24 yrs	-	55%	-
Unmet need for FP 15-24 yrs	-	21.2%	21.2%

Behavioural indicators:

HIV prevalence is very low in Madagascar but there is a significant high percentage of young people who are sexually active before the age of 15. There is high prevalence of child marriage in Madagascar.

The rate of teenage pregnancy between 15 and 19 years is quite high: 31% indicating early onset of sexual activity. 17% of girls in this age group have had sex before age 15. Among boys, however, sexual debut occurs later as only 8.4% have had sexual intercourse before age 15. However, once sexually active boys are more likely to have multiple partners. More than 74% of boys and girls do not have comprehensive knowledge of HIV and over 75% do not practise protective behaviour during sex as condom use is low.

Behavioural Indicators	Male	Female	Total
Knowledge of HIV 15-24 yrs	26%	23%	-
Sex before 15 15-24 yrs	9,1%	17,6%	-
Multiple partners 15-24 yrs	30.7 %	4.4%	-
FGM	-	-	0.9%
Prevalence of child marriage	-	-	48%
Condom use at last sex 15-24 yrs	9.7%	5.2%	-

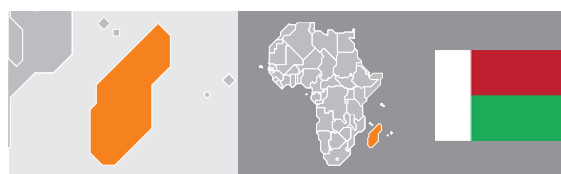
Services: Most of sexually transmitted infections are treated in both public and private health facilities. These facilities also provide sexual and reproductive health services to adolescents and the Youth.

Access to services	Male	Female	Total
Married women using all FP methods	-	39.9%	-
Unmarried sexually active population using any modern contraception	17.9%	14.1%	28.6%
20-24 year olds using contraception	-	-	-
Access to HIV testing/counselling	Available both in public and private health facilities		
Access to post abortion care	-		
Availability of YF Services	Available both in public and private health facilities		

Notes:

The World Bank. World Development Indicators Data. (<http://databank.worldbank.org/data>)
 Enquête auprès des Ménages 2010
 Plan intérimaire pour l'éducation 2013-2015
 Enquête démographique et de Santé 2008-2009
 Bureau des Statistiques pour Madagascar
 Projet de plan national stratégique : "Projet stratégique de lutte contre le VIH et le SIDA 2013-2017"
 La situation des enfants dans le monde, 2012
 Fonds d'urgence de l'UNICEF 2010

MADAGASCAR



Pourcentage de la population vivant sous le seuil de pauvreté	81.3%
Dépenses publiques d'éducation	3.2%
Montant total des dépenses de santé	2,3%
Proportion d'orphelins âgés de 10 à 15 ans	11%

Population: 22 293 914 (2012)

42,4 % de la population a moins de 15 ans.

Éducation : Plus de 25 % des enfants entre 6 et 10 ans ne sont pas inscrits dans le primaire. Le taux net de scolarisation est plus élevé pour les filles que pour les garçons parmi cette tranche d'âge. Le faible taux de scolarisation dans le secondaire indique une faible efficacité interne au sein du système. Seuls 23 % des 11-14 ans qui devraient être dans le secondaire sont inscrits. D'importants abandons scolaires ont été enregistrés dans l'enseignement primaire, surtout au cours de ces dernières années. À l'inverse, les femmes de plus de 15 ans sont moins instruites que les hommes, mais cette moyenne nationale dissimule des disparités régionales.

Population	Masculin	Féminin	Total
% enfants 0-14 ans	—	—	24 %
% jeunes 15-24 ans	10,1 %	10,1 %	10,1 %
% 25 ans et plus	7 %	7,1 %	7 %

Éducation	Masculin	Féminin	Total
Taux d'alphabétisation des adultes	74,9 %	68 %	71,4 %
Taux d'alphabétisation des 15-24 ans	-	-	-
Taux net de scolarisation dans le primaire	72,4 %	74,5 %	73,4 %
Taux net de scolarisation dans le secondaire	21 %	24,5 %	22,5 %
Passage au secondaire	-	-	-

Enseignants formés (primaire)	Proportion élèves/enseignants	
	Masculin	Féminin
-	-	-

Indice de parité des sexes (ratio filles/garçons)	Primaire	Secondaire	Supérieur
	-	-	-

Éducation sexuelle: À Madagascar, la durée de l'enseignement primaire est de 5 ans. L'enseignement élémentaire est dispensé aux enfants de la tranche d'âge allant de 6 à 10 ans. La durée de l'enseignement secondaire est de 7 ans, et celui-ci est divisé en un premier cycle du secondaire et en un deuxième cycle du secondaire durant lequel l'éducation sexuelle est dispensée. Les enfants de 11 à 14 ans fréquentent le premier cycle du secondaire tandis que les enfants de 15 à 17 ans fréquentent le deuxième cycle du secondaire. La durée de l'enseignement du premier cycle du secondaire est de 4 ans, et elle est de 3 ans pour le deuxième cycle du secondaire. Après l'achèvement du premier cycle, un diplôme est remis à ceux qui réussissent aux examens. Une formation sur les compétences nécessaires à la vie courante visant à doter les jeunes de compétences pour les aider à se protéger contre des fléaux comme les infections par le VIH, est proposée dans le cadre des institutions scolaires.

Programme disponible	Type de programme	Sanctionné par un examen	
Oui	Compétence pratique	Fin du 1 ^{er} cycle du secondaire	

Sujet couvert	Inclusion dans les programmes de base			
	Inf/P	Sup/P	Inf/S	Sup/S
Compétences pratiques génériques	Oui	Oui	Oui	Oui
Santé de l'adolescent et hygiène procréative	Non	Oui	Oui	Oui
Éducation sexuelle	Non	Oui	Oui	Oui
Égalité des sexes et autonomisation des femmes	Oui	Oui	Oui	Oui
VIH/SIDA et autres IST	Oui	Oui	Oui	Oui
Stigmatisation et discrimination	Oui	Oui	Oui	Oui
Vie familiale et relations interpersonnelles	Oui	Oui	Oui	Oui

Santé sexuelle et reproductive : Un taux de natalité élevé est enregistré chez les jeunes, avec une estimation de 147 naissances pour 1 000 adolescents (UNICEF, 2010). Cela signifie qu'environ 147 adolescentes sur 1 000 sont exposées au risque de contracter le VIH et/ou autres infections sexuellement transmissibles car, selon des recherches, des rapports sexuels à un très jeune âge entraînent des risques accrus d'infection par le VIH. Les risques sont susceptibles d'augmenter, étant donné que les connaissances complètes et correctes sur le VIH sont assez faibles chez les jeunes (*La situation des enfants dans le monde*, 2012).

Santé sexuelle et reproductive	Masculin	Féminin	Total
Taux de fécondité des adolescents	-	4,65 %	-
Taux de grossesse (15-19 ans)	-	31,7 %	31,7 %
Taux d'IST (15-24 ans)	2 %	4,6 %	0,2 %
Prévalence VIH (15-24 ans)	0,2 %	0,1 %	0,2 %
Incidence des violences basées sur le genre chez les jeunes femmes (15-24 ans)	-	55 %	-
Besoins non satisfaits de planning familial (15-24 ans)	-	21,2 %	21,2 %

Indicateurs de comportement : Le taux de prévalence du VIH est très faible à Madagascar mais, à l'inverse, le pourcentage de jeunes sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans est extrêmement élevé. La prévalence des mariages d'enfants est élevée. Le taux de grossesses précoces chez les adolescentes entre 15 et 19 ans est assez élevé : 31 % indiquent une activité sexuelle précoce. 17 % des filles appartenant à ce groupe d'âge ont eu des relations sexuelles avant 15 ans. À l'inverse, les premiers rapports sexuels chez les garçons sont plus tardifs, et seulement 8,4 % ont eu des relations sexuelles avant 15 ans. Cependant, dès que les garçons deviennent sexuellement actifs ils sont plus disposés à avoir des partenaires multiples. Plus de 74 % de garçons et de filles ne possèdent pas de connaissances complètes sur le VIH, et plus de 75 % ne se protègent pas pendant les rapports sexuels du fait d'une faible utilisation du préservatif.

Indicateurs de comportement	Masculin	Féminin	Total
Connaissances sur le VIH (15-24 ans)	26 %	23 %	-
Rapports sexuels avant 15 ans (15-24 ans)	9,1 %	17,6 %	-
Partenaires multiples (15-24 ans)	30,7 %	4,4 %	-
Prévalence des mutilations génitales chez les femmes (15-24 ans)	-	-	0,9 %
Prévalence du mariage des enfants	-	-	48 %
Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel (15-24 ans)	9,7 %	5,2 %	-

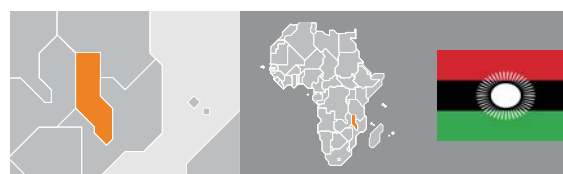
Services : La plupart des infections sexuellement transmissibles sont traitées dans des infrastructures sanitaires publiques et privées. Ces infrastructures fournissent aussi des services de santé sexuelle et reproductive aux adolescents et aux jeunes.

Accès au service	Masculin	Féminin	Total
Femmes mariées utilisant une quelconque méthode de planification familiale	-	39,9 %	-
Personnes non mariées sexuellement actives utilisant une quelconque méthode de contraception	17,9 %	14,1 %	28,6 %
20-24 ans utilisant des contraceptifs	-	-	-
Accès au dépistage du VIH	Disponible à la fois dans les centres de santé publics et privés		
Accès aux soins post-avortement	-		
Disponibilité des services adaptés aux jeunes	Disponible à la fois dans les centres de santé publics et privés		

Notes:
The World Bank. World Development Indicators Data. (<http://databank.worldbank.org/data>)
Enquête auprès des Ménages 2010
Plan intérimaire pour l'éducation 2013-2015
Enquête démographique et de Santé 2008-2009

Bureau des Statistiques pour Madagascar
Projet de plan national stratégique : "Projet stratégique de lutte contre le VIH et le SIDA 2013-2017"
La situation des enfants dans le monde, 2012
Fonds d'urgence de l'UNICEF 2010

MALAWI



Population¹: 15.3 million

A total of 85% of Malawi's population live in rural areas and almost half of the population is less than 15 years old.

National poverty rate¹:

50.7%

Education expenditure¹:

US\$8.6 per student in primary

Health expenditure¹:

US\$26 per capita

Total health expenditure¹:

8.4% of GDP

Proportion of orphans aged

10-15¹: 18.95%

Education¹: Malawi follows a formal education system where primary education lasts for 8 years and secondary education for 4. The adult literacy rate in Malawi has witnessed little change since 2005. Urban areas have registered a higher literacy rate (89%) compared to rural areas (61%). Of the population aged 15 years and older, 21% (28% females and 14% males) have never attended school. Of these, only 7% are from urban areas compared to 24% in rural areas.

Sexuality education^{2,3}: The majority of sexuality education (SE) content is delivered in a stand-alone curriculum at the primary level where the Life Skills Education (LSE) series is delivered from the 2nd till the 8th grade. At the secondary level, Life Skills and Sexual and Reproductive Health Education is delivered from Form 1 to 4. The percentage of Malawi's grade 6 pupils who reached the minimum knowledge level in the 2009 Southern and Eastern Africa Consortium for Monitoring Educational Quality (SACMEQ) test was only 43%. A 2010 study conducted by UNESCO, UNFPA, and UNICEF found that there was a general lack of teaching and learning resources, inadequate training of teachers, accompanied by a lack of knowledge of SRH issues, including HIV transmission, and a discomfort around teaching sex and sexuality. Primary and secondary school teachers receive training on the Life Skills and SRH curriculum.

Population ¹	Male	Female	Total
% children 10-14 years	14.2%	13.5%	27.7%
% adolescents 15-19 years	10.1%	10%	20.1%
% young people 20-24 years	7.6%	8.9%	16.5%

Education ¹	Male	Female	Total
Adult literacy rate	74.4%	57.2%	65.4%
Literacy rates 15-24 years	78.4%	75.6%	76.9%
Net enrolment rate primary	85%	87%	85%
Net enrolment rate secondary	11%	15%	13%
Progression to secondary	76%	75%	75.5%

Trained teachers (primary) ¹	Pupil-teacher ratios ¹		
	Male	Female	Total
95%	97%	79.27	27.8
Gender parity index	Primary	Second	Tertiary
	1.04	0.91	0.62

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Yes	Life Skills – stand alone	From Standard ⁸

Curriculum content ⁴	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	Yes
Adolescent and reproductive health	No	Yes	Yes	Yes
Sexuality education	No	Yes	Yes	Yes
Gender equality and empowerment	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV and AIDS and other STIs	Yes	Yes	Yes	Yes
Stigma and discrimination	Yes	Yes	Yes	Yes
Family life and interpersonal relations	Yes	Yes	Yes	Yes

Sexual and reproductive health^{5,6}: The National Standards for Youth Friendly Health Services guide the provision of SRH services to young people. A key national standard is the provision of needs-relevant SRH information to young people. Despite the fact that high awareness of sexually transmitted infections (STIs) and HIV and AIDS exists among young people, only a small percentage have undergone an HIV test.

SRH ^{5,7}	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate per 1,000 births	-	119.2	-
Teenage pregnancy rate	-	25.6%	25.6%
STI rate (aged 18-49)	33.9%	38.9%	36.4%
HIV prevalence (aged 15-24)	3.1%	6.8%	4.9%
Incidence of sexual gender-based violence (SGBV) (aged 15-24)	-	44.9%	44.9%
Unmet need for family planning (aged 15-24)	-	26.2%	26.2%

Behavioural indicators⁵: HIV prevalence is high, at 10.6%, but is slightly lower in the 15-24 age group. A significant percentage of young people are sexually active before the age of 15 and there is a high rate of multiple concurrent partnerships among the 15-24-year-olds. The high prevalence of child marriage exposes young girls to the risk of early pregnancy, HIV and STIs. Teenage pregnancy, child marriage and the lower status of girls leads to higher school attrition rates for girls.

Behavioural indicators ⁵	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-19)	18%	14.1%	16.1%
Sex before age 15 (aged 20-24)	9.1%	15.5%	12.3%
Multiple partners (aged 15-24)	62.8%	45.5%	54.2%
Prevalence of child marriage	-	49.6%	-
Condom use at last sex (aged 15-24)	51.4%	48.8%	50.1%

Services⁸: The National Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) Policy (2009) was revised to respond to the Maputo Plan of Action, by including the need to incorporate emerging SRHR issues such as basic emergency obstetric/neonatal care, cervical cancer screening, young people-friendly health services, antiretroviral therapy and prevention of mother-to-child transmission. The Malawi National AIDS Policy ensures access to optional HIV testing for all pregnant women. The National Plan of Action for Scaling up SRH and HIV Prevention Initiatives for Young People (2008-2012) combines all major HIV prevention initiatives for young people that are currently ongoing. The National HIV Prevention strategy (2009-2013) promotes HIV-related SRH education through life skills education for young people.

Access to services ^{7,9}	Male	Female	Total
Married women using all family planning methods		46%	
15-19-year-olds using contraception	27.7%	20.5%	24.1%
20-24-year-olds using contraception	64.2%	70.7%	67.5%
Access to HIV testing and counselling	28% of sexually active population		
Access to post-abortion care	Only where the woman's life is at risk		
Availability of young people-friendly services	Young people have access to services from over 1600 young people-friendly SRH service sites		

Notes:

- 1 Government of Malawi, 2010, *RAPID Population and Development*. The Ministry of Development Planning and Cooperation. Lilongwe.
- 2 UNFPA, 2010, *Sexuality Education: A ten-country review of school curricula in East and Southern Africa. Sexuality Education Curriculum Review: Malawi*.
- 3 Kalenda, B, 2010, *Life skills and reproductive health education changes behaviour in students and teachers: Evidence from Malawi*. Educational Research and Reviews Vol. 5(4), pp. 169-174.
- 4 UNFPA, 2010, *Sexuality Education: A ten-country review of school curricula in East and Southern Africa. Sexuality Education Curriculum Review: Malawi*.
- 5 DHS 2010
- 6 IPPF, 2010, *Rapid Assessment of Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages in Malawi*. Centre for Reproductive Health, University of Malawi, (with IPPF/UNFPA/WHO/ONUSIDA). Lilongwe.
- 7 Government of Malawi, 2012, *Global AIDS Response Progress Report: Malawi Country Report for 2010/2011*. Lilongwe.
- 8 Government of Malawi, 2009, *National HIV Prevention Strategy 2009-2013*. National AIDS Council. Lilongwe.
- 9 International Association for National Youth Service, 2010, *National Youth Service Country Profile: Malawi*.

MAURITIUS



Population: 1.29 million

58% of the population resides in rural areas. The annual population growth rate is 0.5%; almost two-thirds of the population is over 25 years old.¹

National poverty rate²: In 2006/2007, less than 1% of the population lived below US\$1 a day

Public Expenditure on Education²: 3.2% of GDP

Total Expenditure on Health²: 2.3% of GDP

Total health expenditure¹: 8.4% of GDP

Proportion of orphans 10-17 years²: 19 000

Education^{4 5}: The percentage of people who are 15-years-old or over and can both read and write is 88.5%. The minimum school leaving age is 16 years. Access to primary and secondary education is free. Students are also provided with free transportation to school.

Sexuality education^{6 7}: Life skills education is not yet well defined and is mostly catered for by non-governmental organizations (NGOs) and ministries other than the Ministry of Education (MoE). According to the National Sexual and Reproductive Health Strategy and Plan of Action 2009-2015, sexuality education for young people in and out of school will aim to educate adolescents about issues such as fertility, safe sex, sexually transmitted infections (STIs) and HIV and AIDS, and the implications of an unplanned pregnancy and abortion. There is high unmet need for information, education and sexual and reproductive health (SRH) services for adolescents and young people.

Population ¹	Male	Female	Total
% children 0-14 years	10.7%	10.4%	21.1%
% youth 15-24 years	8%	7.8%	15.8%
% 25 years and over	30.4%	32.4%	62.8%

Education ³	Male	Female	Total
Adult literacy rate	90.9%	86.2%	88.5%
Literacy rates 15-24 years	95.7%	97.7%	96.7%
Net enrolment rate primary	93%	95%	94%
Net enrolment rate secondary	-	-	71%
Progression to secondary	96%	96%	96%

Trained teachers (primary) ⁵	Teacher-student ratios ⁵		
	Male	Female	Teacher-student ratios ⁵
	100%	100%	1:22
			-

Gender parity index (ratio girls/boys)	Primary	Second	Tertiary
	1.01	1.00	1.24

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Yes	-	Not examinable

Curriculum content ⁸	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	No	No	Yes	Yes
Adolescent and reproductive health	No	No	Yes	Yes
Sexuality education	No	No	No	Yes
Gender equality and empowerment	No	No	No	No
HIV and AIDS and other STIs	No	No	Yes	Yes
Stigma and discrimination	No	No	No	No
Family life and interpersonal relations	No	No	Yes	Yes

Sexual and reproductive health⁷: One of the activities envisioned by the Mauritius Sexual and Reproductive Health Plan for 2009-2015 is a legal and policy review. One of the aims of this review will be to demonstrate the need for enacting laws which protect people providing SRH and family planning services to unmarried adolescents below the age of 18, who have not been given parental consent. Another planned activity is providing young people with accurate information, skills development sessions and user-friendly SRH services.

SRH ³	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate (15-19 yrs) per 1,000 births	-	29.4%	29.4
HIV prevalence (15-24 yrs)	0.34%	0.25%	0.29%
Incidence of sexual gender-based violence (SGBV) (15-49 yrs)	-	22.8%	-

Behavioural indicators⁹: HIV prevalence in Mauritius stands at 0.97%. HIV prevalence among young people falling into the 15-24 age group has fallen from 0.67% in 2010 to 0.34% in 2011^{10 11}. The percentage of young people engaging in sexual activities at an early age is relatively low.

Behavioural indicators ¹²	Male	Female	Total
Sex before age 15 (15-24 yrs)	1.3%	0.1%	0.8%
Multiple partners (15-24 yrs)	4.5%	1.3%	3.0%
Condom use at last sex (sex with irregular partners) (15-24 yrs)	90.9%	66.7%	85.7%

Services: The regional hospitals and the community health centres across the island offer an array of health services, including, amongst others, family planning, cancer screening, HIV and AIDS services, emergency contraception provision, dental and ante-natal care.⁷ In 2011, the percentage of young people falling into the 15-24 age group who have undergone an HIV test during the past 12 months was 5.7%.¹³ Post-Exposure Prophylaxis (PEP) for rape victims is provided in all hospitals. Currently, there are three health facilities offering young people-friendly services; the government is planning on increasing their number to ten.⁷ The Criminal Code (Amendment Bill of October 2012), allows the termination of pregnancy in cases where there is risk to the life, or physical or mental well-being of the pregnant woman; where there is a substantial risk of malformation of the foetus; where the pregnancy has not exceeded fourteen weeks and is the result of rape, sexual intercourse with a female under the age of 16 or sexual intercourse with a person who has been reported to the police or to a medical practitioner.¹⁴

Notes:

- 1 UNDP, 2011, *Human Development Report (HDR): Human Development Statistical Annex*
- 2 HDR 2012
- 3 HDR 2011
- 4 UNICEF, 2012, *The State of the World's Children*
- 5 MoE, *National Youth Policy 2010-2014*
- 6 UNESCO, 2011, *GPS Country Report*
- 7 MoH, *The National Sexual and Reproductive Health Strategy and Plan of Action 2009-2015*
- 8 MoE, 2004, *The Development of Education: National Report of Mauritius*
- 9 UNESCO, 2011, *GPS Key Results*
- 10 MoH, 2004, *Ante Natal Care surveillance data*
- 11 MoH, 2011, *Ante Natal Care surveillance data*
- 12 ONUSIDA, 2012, *Global AIDS Response Progress Report Mauritius*
- 13 *Mauritius HIV, AIDS and STI's Knowledge, Attitude, Practices and Behavior Study (KAPB)*, 2011
- 14 OECD Development Centre. 2012. *Social Institutions and Gender Index: Understanding the Drivers of Gender Inequality*

MAURICE



Population : 1,29 million

58 % de la population habite en zone rurale. Le taux de croissance démographique annuel est de 0,5 % ; près des deux tiers des habitants sont âgés de plus de 25 ans¹.

Pourcentage de la population vivant sous le seuil de pauvreté² : En 2006-2007, moins de 1 % de la population vivait avec moins de 1 dollar des É.-U. par jour

Dépenses publiques d'éducation² : 3,2 % du PIB

Montant total des dépenses de santé² : 2,3 % du PIB

Proportion d'orphelins âgés de 10 à 17 ans² : 19 000

Population ³	Masculin	Féminin	Total
% enfants 0-14 ans	10,7 %	10,4 %	21,1 %
% jeunes 15-24 ans	8 %	7,8 %	15,8 %
% 25 ans et plus	30,4 %	32,4 %	62,8 %

Éducation^{4,5} : Le pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui savent à la fois lire et écrire est de 88,5 %. L'âge minimum de fin de la scolarité est 16 ans. L'accès à l'enseignement primaire et secondaire est gratuit. Les élèves bénéficient aussi de la gratuité du transport entre le domicile et l'école.

Éducation ³	Masculin	Féminin	Total
Taux d'alphabétisation des adultes	90,9 %	86,2 %	88,5 %
Taux d'alphabétisation des 15-24 ans	95,7 %	97,7 %	96,7 %
Taux net de scolarisation dans le primaire	93 %	95 %	94 %
Taux net de scolarisation dans le secondaire	-	-	71 %
Passage au secondaire	96 %	96 %	96 %

Enseignants formés (primaire) ⁵		Proportion élèves/enseignants ⁵	
Masculin	Féminin	Primaire	Secondaire
100 %	100 %	1:22	-

Indice de parité des sexes (ratio filles/garçons)	Primaire	Secondaire	Supérieur
	1,01	1,00	1,24

Éducation à la sexualité^{5,7} : L'éducation aux compétences pratiques n'est pas clairement définie, et elle est assurée pour l'essentiel par des organisations non gouvernementales (ONG) et des ministères autres que le ministère de l'Éducation. Selon la Stratégie et le Plan d'action nationaux pour la santé en matière de procréation 2009-2015, l'éducation sexuelle des jeunes scolarisés ou non scolarisés vise à informer les adolescents sur des questions telles que la fécondité, la sexualité sans risque, les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA, ainsi que sur les conséquences d'une grossesse non planifiée et d'un avortement. D'importants besoins en matière d'information, d'éducation et de fourniture de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes ne sont pas encore satisfaits.

Programme disponible	Type de programme	Sanctionné par un examen
Oui	-	Non

Contenu du programme ⁸				
Sujet couvert	Inclusion dans les programmes de base			
	Inf/P	Sup/P	Inf/S	Sup/S
Compétences pratiques génériques	Non	Non	Oui	Oui
Santé de l'adolescent et hygiène procréative	Non	Non	Oui	Oui
Éducation sexuelle	Non	Non	Non	Oui
Égalité des sexes et autonomisation des femmes	Non	Non	Non	Non
VIH/SIDA et autres IST	Non	Non	Oui	Oui
Stigmatisation et discrimination	Non	Non	Non	Non
Vie familiale et relations interpersonnelles	Non	Non	Oui	Oui

Santé sexuelle et reproductive⁷ : Parmi les activités envisagées dans le Plan national pour l'hygiène sexuelle et la santé en matière de procréation 2009-2015 figure un examen de la législation et des politiques. Cet examen permettra notamment de mettre en évidence la nécessité d'adopter des lois qui protègent les personnes fournissant des services d'hygiène sexuelle et procréative et de planification familiale à des adolescents non mariés âgés de moins de 18 ans sans accord parental. Une autre activité planifiée a pour objet de donner aux jeunes des informations exactes, d'organiser à leur intention des séances de développement des compétences et de leur fournir des services d'hygiène sexuelle et de santé procréative qui leur soient adaptés.

Indicateurs de comportement⁹ : Le taux de prévalence du VIH à Maurice est de 0,97 %. Dans la tranche d'âge 15-24 ans, ce taux a baissé, passant de 0,67 % en 2010 à 0,34 % en 2011^{10,11}. Le pourcentage de jeunes ayant des rapports sexuels précoces est relativement faible.

Santé sexuelle et reproductive ⁸	Masculin	Féminin	Total
Taux de fécondité des adolescents (15-19 ans) pour 1 000 naissances	-	29,4 %	29,4
Prévalence du VIH chez les 15-24 ans	0,34 %	0,25 %	0,29 %
Incidence des violences fondées sur le genre chez les jeunes femmes (15-49 ans)	-	22,8 %	-

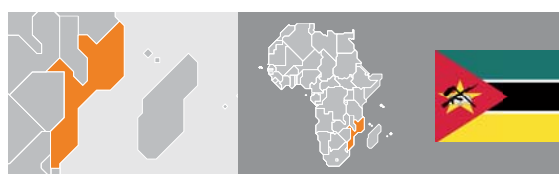
Indicateurs de comportement ¹²	Masculin	Féminin	Total
Rapports sexuels avant 15 ans (15-24 ans)	1,3 %	0,1 %	0,8 %
Partenaires multiples (15-24 ans)	4,5 %	1,3 %	3,0 %
Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel (rapports avec des partenaires irréguliers) (15-24 ans)	90,9 %	66,7 %	85,7 %

Services : Les hôpitaux régionaux et les centres de soins communautaires de l'ensemble du territoire offrent toute une série de services de santé, y compris, entre autres, des services de planification familiale, de dépistage du cancer, des services liés au VIH/SIDA, des services de contraception d'urgence et des soins dentaires et prénataux⁷. En 2011, le pourcentage de jeunes dans la tranche d'âge 15-24 ans ayant passé un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois était de 5,7 %¹³. Tous les hôpitaux offrent des soins prophylactiques post-exposition (PPE) aux victimes d'un viol. À l'heure actuelle, il existe trois centres de soins offrant aux jeunes des soins qui leur sont adaptés ; le gouvernement prévoit d'en porter le nombre à dix⁷. Le Code pénal (projet de révision de 2012) autorise l'interruption de grossesse en cas de risque pour la vie ou le bien-être physique ou mental de la femme enceinte, lorsqu'il existe un risque important de malformation du fœtus, jusqu'à la 14^e semaine de grossesse, et lorsque la grossesse résulte d'un viol, lorsque la personne enceinte est une mineure de moins de 16 ans ou lorsque les rapports ont eu lieu avec une personne signalée à la police ou à un médecin pratiquant¹⁴.

Notes :

- 1 PNUD, 2011, *Rapport sur le développement humain, Annexe statistique*.
- 2 Rapport sur le développement humain 2012.
- 3 Rapport sur le développement humain 2011.
- 4 UNICEF, 2012, *La situation des enfants dans le monde*.
- 5 Ministère de l'éducation, *National Youth Policy 2010-2014*.
- 6 UNESCO, 2011, *GPS Country Report*.
- 7 Ministère de la santé, *The National Sexual and Reproductive Health Strategy and Plan of Action 2009-2015*.
- 8 Ministère de l'éducation, 2004, *The Development of Education: National Report of Mauritius*.
- 9 UNESCO, 2011, *GPS Key Results*.
- 10 MoH, 2004, *Ante Natal Care surveillance data*.
- 11 Ministère de la santé, 2011, *Ante Natal Care surveillance data*.
- 12 ONUSIDA, 2012, *Global AIDS Response Progress Report – Mauritius*.
- 13 *Mauritius HIV, AIDS and STI's Knowledge, Attitude, Practices and Behavior Study (KAPB)*, 2011.
- 14 Centre de développement de l'OCDE. 2012. *Social Institutions and Gender Index: Understanding the Drivers of Gender Inequality*.

MOZAMBIQUE



National poverty rate	54.7% ¹
Education spending	5.0 ²
Health spending	6.6 ³
Proportion of orphans 10-15 yrs	

Population: 23 391 000

In 2007, Mozambique had an estimated population of 20 366 795. The estimated population for 2012 is 23 391 000. Life expectancy at birth in Mozambique has increased by 7.4 years. The life expectancy of the population as a whole is now estimated at 51.78 years (male: 51.01 years; female: 52.57 years) (INE, 2011).

Education: The adult literacy rate of 56% has been rising since 2005. Literacy rates for girls are higher in rural areas (64%) than urban areas (35%); this same trend is reflected among boys, with literacy rates of 67% in rural areas and 35% in urban areas. Almost 25% of the Mozambican population aged 15 years and above has never attended school.

Population ⁴	Male	Female	Total
% children 10-14 yrs	15.1%	13.6%	14.3%
% adolescents 15-19 yrs	9.9%	9.2%	9.5%
% young adults 20-24 yrs	6.7%	7.7%	7.2%

Education ⁵	Male	Female	Total
Adult literacy rate, regional average	68.1%	50.6%	59.1%
Literacy rate 15-24 yrs, regional average	75.6%	63.7%	69.5%
Net enrolment rate in primary education (2011)	92%	87%	90%
Net enrolment rate in secondary education (2011)	18%	17%	17%
Progression to secondary education			49%

Trained teachers (primary) ⁵	Pupil-teacher ratio ⁶		
	Male	Female	
81%	87%	55	33

Gender parity index (girl-boy ratio, 2011) ⁵	Primary	Secondary	Tertiary
	0.91	0.87	0.63

Sexuality education: Most content is taught in a stand-alone curriculum at the primary level, where the Life Skills Series is taught in years 2, 5 and 6, and includes a syllabus. Primary education was identified as a crucial access point for HIV-prevention education programmes because primary-school enrolment is high (enabling widespread reach for life skills education) and because of the importance of improving children's knowledge of HIV and AIDS before they become sexually active and/or involved in high-risk behaviours. HIV education has therefore been integrated into the primary curriculum from year 5 and taught through its incorporation into other related subjects, such as moral and civic education and natural sciences. The topics addressed include HIV prevention (modes of transmission and prevention) and combating HIV-related stigma and discrimination.

Curriculum available	Type of curriculum	Examinable
Yes	Life Skills – stand alone	From year 8

Curriculum content	Inclusion in core curriculum			
	Low/P	Up/P	Low/S	Up/S
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	Yes
Adolescent and reproductive health	No	Yes	Yes	Yes
Sexuality education	No	Yes	Yes	Yes
Gender equality and empowerment	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV and AIDS and other STIs	Yes	Yes	Yes	Yes
Stigmatization and discrimination	Yes	Yes	Yes	Yes
Family life and interpersonal relationships	Yes	Yes	Yes	Yes

Sexual and reproductive health: In 2009, 292,842 adolescents and young people were served by youth-friendly clinical services (SAAJ); in 2010, this figure increased to 71%, reaching 500,619. 15% of 76 (CNCS, 2012).

The adolescents and young people who benefited from these services were referred by community- and school-based peer educators. In 2010, 22% of sexually active adolescents and young people who attended SAAJ services underwent tests. This is a sharp increase from 2009, when 60,728 adolescents and young people were tested.

Ministry of Health data (2009) shows that the coverage of new family planning service users was 13.5%, while unmet demand for these services was 18.4%. The 2008 multiple indicators survey shows that 83.8% of married woman in the 15-45 age group do not use any contraceptive method.

Sexual/reproductive health ⁴	Male	Female	Total
Fertility rate in the 15-19 age group			167
Teenage pregnancy rate		8.2%	
STI rate (15-24 yrs)	8.3%	4.0%	
HIV prevalence (15-24 yrs)	3.7%	11.1%	7.4%
Incidence of SGBV among young women (15-24 yrs)	15-19 20-24	9.3% 17.5%	
Unmet need for FP (15-24 yrs)		26.2%	23.3%

Behavioural indicators: HIV prevalence is high in Mozambique, at 13.6%, although the level is slightly lower in the 15-24 age group. A significant percentage of young people are sexually active before the age of 15. Mozambique has a high rate of sexual concurrency among young people aged between 15 and 24 years. The high prevalence of child marriage in Mozambique exposes young girls to the risk of early pregnancy, HIV and STIs. Teenage pregnancy, child marriage and the lower status of girls leads to higher school attrition rates for girls.

Behavioural indicators ⁴	Male	Female	Total
Sex before 15 (15-19 yrs)	16.8%	21.8%	
Sex before 15 (20-24)	16.9%	27.9%	
Multiple partners (15-24 yrs)	33.2%	4.3%	15.3%
Female genital mutilation			
Prevalence of child marriage			44%
Condom use at last sexual intercourse (15-24 yrs)	45.9%	45.5%	40%

Services: STIs are treated in all health facilities and are integrated into mother and child healthcare, screening, general medicine and youth-friendly clinical services, as well as in the mobile clinics that predominantly operate along rail and road corridors.

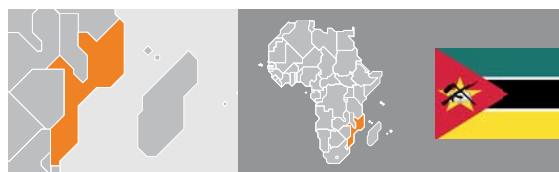
The main concerns are service inefficiency, non-existence of health facilities nearby, attendance hours that are inconvenient for some groups (e.g. sex workers and drivers) and long waiting times to be seen by a health professional. Shortage of medicines and the cost of some medicines are other problems indicated by study participants.

Access to services ⁴	Married women	Sexually active but not married	All women
15-19 year olds using contraception	5.9%	26.9%	8.4%
20-24 year olds using contraception	11.7%	38.0	15.3%
Access to HIV testing/counselling	Available to the sexually active population		
Access to post-abortion care	Only where the woman's life is at risk		
Availability of youth-friendly services	Adolescents and young people have access to services from over 1,600 youth-friendly SRH service sites.		

Notes:

- 1 "Third National Survey of Family Budgets (IOF) 2008/09"
- 2 UNESCO Institute for Statistics 2013
- 3 Global Health Observatory 2011
- 4 Demographic and Health Survey 2011
- 5 UNESCO Institute for Statistics. Statistics in Brief. Education (all levels) Profile – Mozambique (<http://stats.uis.unesco.org>)

MOÇAMBIQUE



Taxa de pobreza nacional	54,7 % ¹
Despesa com educação	5,0 ²
Despesa com saúde	6,6 ³
Proporção de órfãos 10-15 anos	

População: 23 391 000

Em 2007, a população estimada de Moçambique era de 20 366 795 habitantes. A população estimada para 2012 é de 23 391 000.

A esperança de vida à nascença em Moçambique aumentou 7,4 anos. Estima-se que a esperança de vida da população total seja de 51,78 anos (homens: 51,01 anos; mulheres: 52,57 anos) (INE, 2011)

População ⁴	Homens	Mulheres	Total
% crianças 10-14	15,1%	13,6%	14,3%
% adolescentes 15-19	9,9%	9,2%	9,5%
% jovens 20-24	6,7%	7,7%	7,2%

Educação: A taxa de alfabetização de adultos de 56 % tem vindo a aumentar desde 2005. As zonas rurais registaram uma taxa de alfabetização mais elevada (64 %) do que as zonas urbanas (35 %) entre as raparigas e 67 % em zonas rurais e 35 % em zonas urbanas entre os rapazes. Quase 25 % da população com 15 anos ou mais nunca frequentou a escola.

Educação ⁵	Homens	Mulheres	Total
Taxa de alfabetização de adultos, média regional	68,1 %	50,6 %	59,1 %
Taxa taxa de alfabetização 15-24, média regional	75,6 %	63,7%	69,5%
Taxa líquida de matrícula no ensino primário (2011)	92%	87%	90%
Taxa líquida de matrícula no ensino secundário (2011)	18%	17%	17%
Progressão para o ensino secundário			49%

Professores formados (primário) ⁵	Rácio aluno / professor ⁵		
	Homens	Mulheres	
81%	87%	Primário	Secundário
		55	33
Índice de paridade de género (rácio raparigas/rapazes, 2011) ⁵	Primário	Secund.	Superior
	0,91	0,87	0,63

Educação sexual: A maior parte do conteúdo é ministrado num currículo autónomo ao nível primário, em que o módulo Habilidades para a Vida é ministrado na 2.ª, 5.ª e 6.ª classes e inclui um programa de estudos. O ensino primário foi identificado como um ponto de acesso crucial para programas de educação sobre a prevenção do HIV devido à elevada taxa de matrículas nestas escolas (o que permite uma maior disseminação da EHV) e à importância de melhorar o conhecimento das crianças sobre HIV e SIDA antes de se tornarem sexualmente ativas e/ou envolverem em comportamentos de alto risco. Por este motivo, a educação sobre HIV foi integrada no currículo do ensino primário, sendo ministrada a partir da 5.ª classe através da sua incorporação noutras disciplinas relacionadas com esta questão, tais como educação moral e cívica e ciências naturais. Entre os temas abordados contam-se a prevenção do HIV (modos de transmissão e prevenção) e o combate à estigmatização e à discriminação relacionados com o HIV

Currículo disponível	Tipo de currículo	Testes de avaliação
Sim	Habilidades para a Vida – autónomo	A partir da 8.ª classe

Conteúdo curricular	Inclusão no currículo nuclear			
	P/1.º grau	P/2.º grau	S/1.º ciclo	S/2.º ciclo
Habilidades genéricas para a vida	Sim	Sim	Sim	Sim
Saúde adolescente e reprodutiva	Não	Sim	Sim	Sim
Educação sexual	Não	Sim	Sim	Sim
Igualdade de género e capacitação	Sim	Sim	Sim	Sim
HIV/SIDA e outras IST	Sim	Sim	Sim	Sim
Estigmatização e discriminação	Sim	Sim	Sim	Sim
Vida familiar e relações interpessoais	Sim	Sim	Sim	Sim

Saúde sexual e reprodutiva: Em 2009, os serviços clínicos amigos dos adolescentes e jovens (SAAJ) tinham atendido 292 842 adolescentes e jovens; em 2010, o número de adolescentes e jovens que tinham beneficiado destes serviços tinha aumentado para 71 %, atingindo 500 619. 15 % de 76 (CNCS, 2012).

Os adolescentes e jovens que beneficiaram destes serviços foram encaminhados para os educadores de pares em bases comunitárias e escolares. Em 2010, 22 % dos adolescentes e jovens sexualmente ativos atendidos em SAAJ foram submetidos a testes. Trata-se de um aumento drástico em comparação com 2009, ano em que foram testados 60 728 adolescentes e jovens.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2009), a cobertura de novos utentes dos serviços de PF era de 13,5 %, enquanto a procura não satisfeita destes serviços se situava em 18,4 %. O inquérito de indicadores múltiplos de 2008 revela que 83,8 % das mulheres casadas na faixa etária dos 15 aos 45 anos não usa qualquer método contraceptivo.

Indicadores comportamentais: A prevalência do HIV em Moçambique é elevada, atingindo 13,6 %, embora seja ligeiramente mais baixa na faixa etária dos 15-24 anos. Uma percentagem significativa dos jovens inicia a atividade sexual antes dos 15 anos. Moçambique possui uma elevada taxa de múltiplos parceiros sexuais concomitantes entre os jovens dos 15-24 anos. A elevada prevalência do casamento infantil em Moçambique expõe as jovens raparigas ao risco de gravidez precoce, HIV e IST. A gravidez na adolescência, o casamento infantil e o estatuto inferior das meninas resultam em taxas de abandono escolar mais elevadas entre as raparigas.

Serviços: As IST são tratadas em todos os estabelecimentos de saúde e integradas nos cuidados de saúde à mãe e à criança, no rastreio, na medicina geral e nos serviços amigos dos adolescentes e jovens (SAAJ), bem como em clínicas móveis que funcionam predominantemente ao longo de corredores ferroviários e rodoviários.

As principais preocupações prendem-se com a falta de eficiência do serviço, a inexistência de estabelecimentos de saúde nas proximidades, horários de funcionamento que não são convenientes para alguns grupos (por ex., trabalhadores do sexo e motoristas) e longas horas de espera para serem vistos por um profissional de saúde. A escassez de medicamentos e o preço de alguns medicamentos são também problemas apontados pelos participantes no estudo

Notes:

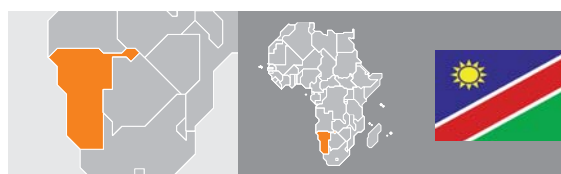
- 1 "Third National Survey of Family Budgets (IOF) 2008/09"
- 2 UNESCO Institute for statistics 2013
- 3 Global Health Observatory 2011
- 4 Inquérito Demográfico e de Saúde 2011
- 5 UNESCO Institute for Statistics. Statistics in Brief. Education (all levels) Profile – Mozambique (<http://stats.uis.unesco.org>)

Saúde sexual/reprodutiva ⁴	Homens	Mulheres	Total
Taxa de fertilidade 15-19 anos de idade		167/1000	
Taxa de gravidez adolescente		8,2%	
Taxa de IST (15-24)	8,3%	4,0%	
Prevalência do HIV 15-24	3,7 %	11,1 %	7,4 %
Incidência da violência sexual e baseada no género entre mulheres jovens 15-24			
Idades 15-19		9,3%	
Idades 20-24		17,5%	
Necessidade não satisfeita de PF 15-24		26,2 %	23,3 %

Indicadores comportamentais ⁴	Homens	Mulheres	Total
Sexo antes dos 15 (15-19)	16,8 %	21,8 %	
Sexo antes dos 15 (20-24)	16,9 %	27,9 %	
Múltiplos parceiros 15-24	33,2%	4,3% ²	15,3 %
Mutilação genital feminina			
Prevalência do casamento infantil			44 %
Uso de preservativo no último encontro sexual 15-24	45,9 %	45,5 %	40 %

Acesso a serviços ⁴	Mulheres unidas	Sexualmente activas, mas não unidas	Todas as mulheres
Adolescentes 15-19 anos que usam contraceptivos	5.9%	26.9%	8.4%
Jovens 20-24 anos que usam contraceptivos	11.7%	38.0	15.3%
Jovens 20-24 anos que usam contraceptivos			
Acesso a aconselhamento/testes HIV	Disponíveis para a população sexualmente activa		
Acesso a cuidados pós-aborto	Apenas quando a vida da mulher está em risco		
Disponibilidade de serviços AAJ	Os adolescentes e jovens têm acesso a serviços prestados em mais de 1 600 clínicas de SSR AAJ.		

NAMIBIA



Population¹: 2.1 million

Rural-urban migration is prevalent in Namibia; 43% of Namibia's population live in urban areas.

National poverty line²: 38%

Public expenditure on education³: 24% of GDP

Total expenditure on health³: 12% of GDP

Number of orphans 10-17 years²: 120 000

Education^{1,4}: The total percentage of people aged 15 years and above in Namibia who can both read and write is 89%. The minimum school leaving age is 16, the rate of survival to last primary grade is 89%. School attendance is 90% or higher for orphans and vulnerable children, as well as for others⁵. Of those of primary school-age, 14% are out of school.

Sexuality education^{7,8}: Sexual and reproductive health (SRH) education is integrated into the life-skills curriculum, as well as in subjects like Biology and Life Science. Primary and secondary school teachers receive training on the life skills and SRH curriculum. Efforts have been made to ensure that religious, community and/or traditional leaders support the HIV prevention approach adopted by the education sector.

Population ¹	Male	Female	Total
% children 0-14 years	16.9%	16.5%	33.4%
% young people 15-24 years	11.7%	11.4%	23.1%
% 25 years and over	21.9%	21.7%	43.6%

Education ⁶	Male	Female	Total
Adult literacy rate ¹	89.5%	88%	88.7%
Literacy rates 15-24 years	93.5%	95.3	94.4%
Net enrolment rate primary	96.9%	98.3%	97.6%
Net enrolment rate secondary	51.3%	62.8%	57%
Progression to secondary	85.1%	86.8%	86%

Trained teachers ⁶	Secondary	Primary	Teacher-student ratios ⁶	Secondary	Primary
78%	93%	1:27	1:22		

Gender parity index (ratio girls/boys)	Primary	Secondary	Tertiary
	0.99	1.18	1.32

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Yes	Life skills – integrated	Not examinable

Curriculum content ^{7,9}	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	Yes
Adolescent and reproductive health	No	Yes	Yes	Yes
Sexuality education	No	Yes	Yes	Yes
Gender equality and empowerment	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV and AIDS and other STIs	Yes	Yes	Yes	Yes
Stigma and discrimination	No	No	Yes	Yes
Family life and interpersonal relations	Yes	Yes	Yes	Yes

Sexual and reproductive health¹⁰: Family planning services are free and available to all Namibians, and all health facilities provide family planning services, counselling and contraceptives. The unmet need for family planning among young people (15-24 years) is 3% and 3.8 % for the 15-19 and the 20-24 age groups respectively. Three in four users get contraceptives from public sources.

SRH ¹⁰	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate (aged 15-19) per 1000 births ¹¹	N/A	74.4	74.4
Teenage pregnancy rate ¹¹	N/A	15%	15%
STI rate (aged 15-24) (self-reported)	1%	2.6%	1.8%
HIV prevalence (aged 15-24) ¹⁰	2.6%	6.3%	4%
Unmet need for family planning (aged 15-24) ¹²	-	3%	3%

Behavioural indicators¹²:

The Namibia UNGASS country report indicates that the number of new HIV infections is now declining. Some of the key drivers of the epidemic in Namibia are lack of male circumcision; multiple and concurrent partnerships; inconsistent condom use, especially among married and cohabiting couples; excessive alcohol use; intergenerational sex; transactional sex; and lack of knowledge of status/HIV testing.¹³

Behavioural indicators ¹²	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-24) ¹⁴	19.2%	7.4%	13.3%
Multiple partners (aged 15-24)	21.7%	4.2%	12.95%
Prevalence of child marriage	-	8.6%	8.6%
Condom use at last sex (sex with irregular partners) (aged 15-24)	81%	64%	72.5%

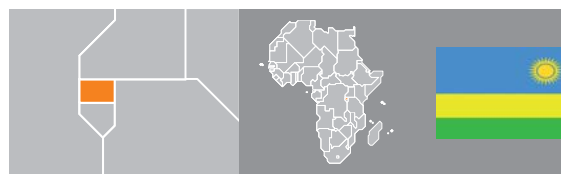
Services¹⁵: The Charter of Rights and the National Policy on HIV & AIDS for the Education Sector both suggest that young people are meant to have access to sexuality education and sexual and reproductive health services. Mobile testing units and young people-friendly testing centres are being implemented. Service providers will be supported to provide friendly and accessible HIV testing and counselling services for the populations most at risk.

Access to services ¹²	Male	Female	Total
Married women using all family planning methods	N/A	85.5%	85.5%
15- 19-year-olds using contraception	45.7%	36.3%	41%
20- 24-year-olds using contraception	84.7%	80%	82.35%
Access to HIV testing and counselling ¹⁴	234 800 clients were counselled, tested and received their results		
Termination of pregnancy	Pregnancy termination is permitted only to save a woman's life or health in the event of rape or incest or due to foetal impairment. It is not permitted on request or on social or economic grounds.		
Availability of young people-friendly services	Among the existing facilities with HIV testing systems, only two out of ten provide young people-friendly HIV testing services.		

Notes:

- 1 Namibia Population and Housing Census, 2011
- 2 UNDP, 2011, *Human Development Report - Sustainability and Equity: A Better Future for All*. UNDP: New York
- 3 *Creating Certainty: Namibian Budget Review 2013/2014* (www.pwc.com/na)
- 4 Namibia Population and Housing Census, 2011
- 5 *ONUSIDA Country Data, 2009*
- 6 EMIS 2011
- 7 ONUSIDA IATT on Education. 2011. Global Progress Survey (GPS) on Education Response to HIV and AIDS. *Country Summary Report*
- 8 Republic of Namibia, 2007, *National Policy on HIV & AIDS*
- 9 Population Council, 2011, *Sexuality Education Curricula in East and Southern Africa: Results of a Ten-Country Review*
- 10 MoHSS, 2012, *Report on the National HIV Sentinel Survey*
- 11 Republic of Namibia, 2010, *National Gender Policy: 2010-2020*
- 12 DHS 2006-07
- 13 UNGASS Country Report, 2010, *Republic of Namibia Ministry of Health and Social Services*
- 14 Global AIDS Response Report, 2012
- 15 Legal Assistance Centre, 2000

RWANDA



Population: 10.4 million

The majority of the population is comprised of adolescents and young adults, with 67% of all Rwandans under the age of 20.¹

National poverty rate²: 44%

Education expenditure²: 16.9% of the national budget

Health expenditure²: US\$56 per capita

Education^{4,5}: The priority areas for the education sector in Rwanda are increasing the coverage and quality of the twelve year-long basic education, increasing access to pre-primary education, strengthening Technical and Vocational Education and Training (TVET) and improving the quality of education throughout the system. Rwanda has sustained a strong political commitment to improve education access and quality, which places the country on a planned trajectory towards achieving quality basic education for all. The efficiency of all education cycles has to be improved, and the disparities in terms of access and attendance based on wealth quintiles and an urban-rural divide, particularly at the secondary level, have to be addressed.

Sexuality education^{5,6}: There is no specific curriculum for Sexual and Reproductive Health. Topics on SRH are found in the following subjects: social studies, elementary science and technology, geography and political education. The School Health Policy is still in draft form and has not yet been finalized or adopted by Cabinet. It is now being revised to incorporate nutrition, school feeding and a host of other areas. When it is approved, it will be important to understand how its elements, including sexual education, are delivered through the school system and in the classroom. Unless the formal curriculum incorporates these elements, there is no existing mechanism for their delivery.

Population ³	Male	Female	Total
% children 10-14 years	13.7%	12.4%	13%
% adolescents 15-19 years	10.9%	10.1%	10.5%
% young people 20-24 years	8.7%	9.2%	9%

Education ³	Male	Female	Total
Adult literacy rate	74.8%	67.5%	71.1%
Literacy rates 15-24 years	85.3	85.0%	77.5%
Net enrolment rate primary	94.3%	97.5%	95.9%
Net enrolment rate secondary	24.2%	27.2%	25.7%
Primary school completion rate	75.1%	81.8%	78.6%

Trained teachers (primary) ³	Teacher-student ratios ³	
	Male	Female
	97.5%	99.3%
	1:58	1:37

Gender parity index (ratio girls/boys)	Primary	Secondary	Tertiary
	1.03	1.05	0.77

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Partially	Integrated	partially

Curriculum content ⁷	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	yes	yes	yes	yes
Adolescent and reproductive health	no	yes	yes	yes
Sexuality education	no	yes	yes	yes
Gender equality and empowerment	no	yes	yes	yes
HIV and AIDS and other STIs	no	yes	yes	yes
Stigma and discrimination	no	yes	yes	no
Family life and inter-personal relations	yes	yes	yes	no

Sexual and reproductive health (SRH)^{3,8}: The HIV prevalence among adults is 3%, making it a generalized epidemic. The HIV rate among women aged 15-49 (3.6%) is higher compared to men in the same age group (2.3%). In Rwanda, adolescent fertility rate is moderate (6% of young girls aged 15-19)³. Unsafe abortion is common, accounting for half of all obstetric complications.

SRH ³	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate (aged 15-19)	-	6%	-
Contraceptive prevalence rate (aged 15-24)	-	21.6%	-
Prevalence of STIs (aged 15-24)	2.1%	3.1%	2.6%
HIV prevalence (aged 15-24)	0.8%	3.2%	2%
Incidence of sexual gender-based violence (SGBV) (female)	15-19 12%	20-24 23%	
Unmet need for family planning (aged 15-49)		19%	

Behavioural indicators^{3,9}: Approximately half of all young people (ages 15-24) in Rwanda can both correctly identify ways of preventing sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission. Efforts to delay sexual debut have been successful and the median age for debut of sexual activity is 20.7 years among women aged 25-49, and 21.9 years among men falling in the same age group.

Behavioural indicators ^{3,10}	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-19)	13.3%	4.8%	9.1%
Sex before age 15 (aged 20-24)	8.8%	2.8%	5.5%
Multiple partners (aged 15-24)	1.8%	0.6%	1.2%
Prevalence of female genital cutting (aged 15-24)	-	No data	-
Prevalence of child marriage (by 18)	-	13%	-
Condom use at last sex (aged 15-24)	66.2%	42%	54.1%

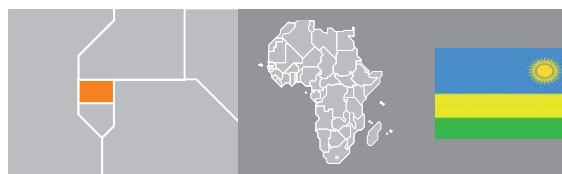
Services^{3,11}: Young people-friendly centres are not fully meeting the needs of young people; it may be necessary to have young people themselves staffing these centres. For out of school young people, access to SRH services is limited. Only 17 out of 30 districts have functional young people-friendly health centres and these face various challenges. There is weak coordination of activities among community-based organizations/faith-based organizations.

Access to services ³	Male	Female	Total
Married/sexually active unmarried women aged 15-49 using all family planning methods	-	28.6%	-
15- 19-year-olds using contraception	-	2.1%	-
20- 24-year-olds using contraception	-	19.5%	-
Access to HIV testing - results from last HIV test taken in past 12 months	Aged 15-19 25.6%	Aged 20-24 44.5%	
Access to post-abortion care	Limited		
Availability of young people-friendly services	Limited, but expanding		

Notes:

- 1 Population and Housing Census, 2012
- 2 UNDP, 2011, *Human Development Report - Sustainability and Equity: A Better Future for All*. UNDP: New York
- 3 DHS 2010
- 4 MoE, 2012, *Rwanda Education Statistics*. Kigali
- 5 MoE, 2008, *Education Sector Strategic Plan 2008 – 2012*. Kigali
- 6 MoH, 2005, *Health Sector Policy*. Kigali.
- 7 MoE/UNESCO, 2012, *Gaps Analysis of Mainstreaming HIV and AIDS in School Curricula in Rwanda*. Kigali
- 8 MoH, 2011, *Annual Report 2010-2011*. Kigali
- 9 MoH, 2011, *Rwanda Health Indicators: Progress 2010 (DHS and EICV) Sector Performance Indicators HSSP I + II and III, 2000 – 2010*. Kigali
- 10 MoY/UN Rwanda, 2010, *Rwanda Youth Statistical Indicators*. Kigali
- 11 Bingwayo, A, 2009, *Report on adolescents' health and HIV services in Rwanda, in the context of their Human Rights*. Ministry of Health, Rwanda: Kigali.

RWANDA



Population : 10,4 millions

La population comprend une majorité d'adolescents et de jeunes adultes : 67 % des Rwandais sont âgés de moins de 20 ans¹.

Pourcentage de la population vivant sous le seuil de pauvreté² : 44 %

Dépenses d'éducation² : 16,9 % du budget national

Dépenses de santé² : 56 \$ É.-U. par habitant

Population ³	Masculin	Féminin	Total
% enfants 10-14 ans	13,7 %	12,4 %	13 %
% adolescents 15-19 ans	10,9 %	10,1 %	10,5 %
% jeunes 20-24 ans	8,7 %	9,2 %	9 %

Éducation^{4,5} : Les objectifs prioritaires du secteur de l'éducation au Rwanda sont : accroître la couverture et la qualité du cycle de l'éducation de base, d'une durée de 12 ans, élargir l'accès à l'éducation préprimaire, renforcer l'enseignement et la formation techniques et professionnels (EFTP), et améliorer la qualité de l'éducation dans l'ensemble du système éducatif. Le Rwanda n'a cessé d'être animé par une forte volonté politique d'améliorer l'accès à l'éducation et la qualité de l'éducation, en planifiant la réalisation progressive de l'éducation de base de qualité pour tous. Il faut encore améliorer l'efficacité de tous les cycles de l'enseignement, et réduire les disparités en matière d'accès à l'éducation et de fréquentation scolaire entre quintiles pauvres et riches, ainsi que l'écart entre villes et campagnes, en particulier au niveau de l'enseignement secondaire.

Éducation ⁴	Masculin	Féminin	Total
Taux d'alphabétisation des adultes	74,8 %	67,5 %	71,1 %
Taux d'alphabétisation des 15-24 ans	85,3 %	85,0 %	77,5 %
Taux net de scolarisation dans le primaire	94,3 %	97,5 %	95,9 %
Taux net de scolarisation dans le secondaire	24,2 %	27,2 %	25,7 %
Taux d'achèvement dans l'enseignement primaire	75,1 %	81,8 %	78,6 %

Enseignants formés (primaire) ³		Proportion élèves/enseignants ³	
Masculin	Féminin	Primaire	Secondaire
97,5 %	99,3 %	1:58	1:37

Indice de parité des sexes (ratio filles/garçons)	Primaire	Secondaire	Supérieur
	1,03	1,05	0,77

Éducation sexuelle^{5,6} : Il n'existe pas de programme traitant spécifiquement de la santé sexuelle et reproductive. Des aspects de ces questions sont abordés dans les matières suivantes : études sociales, cours élémentaire de science et de technologie, géographie et éducation politique. La politique de la santé à l'école est à l'état de projet et n'a pas encore été finalisée ni adoptée par le gouvernement. Elle est en cours de révision, pour incorporation de composantes relatives à la nutrition, à l'alimentation scolaire et à un grand nombre d'autres sujets. Une fois qu'elle sera approuvée, il sera important d'analyser comment ses éléments, y compris l'éducation sexuelle, sont mis en pratique dans l'ensemble du système éducatif et dans les salles de classe. Tant que les programmes officiels n'intègrent pas ces éléments, il n'existe pas de mécanisme assurant l'enseignement de ces questions.

Programme disponible	Type de programme	Sanctionné par un examen
Partiellement	Intégré	partiellement

Contenu du programme ⁷				
Sujet couvert	Inclusion dans les programmes de base			
	Inf/P	Sup/P	Inf/S	Sup/S
Compétences pratiques génériques	oui	oui	oui	oui
Santé de l'adolescent et de la procréation	non	oui	oui	oui
Éducation sexuelle	non	oui	oui	oui
Égalité des sexes et autonomisation des femmes	non	oui	oui	oui
VIH/SIDA et autres IST	non	oui	oui	oui
Stigmatisation et discrimination	non	oui	oui	no
Vie familiale et relations interpersonnelles	oui	oui	oui	non

Santé sexuelle et reproductive^{3,8} : La prévalence du VIH dans la population adulte est de 3 %, ce qui correspond à une épidémie généralisée. Le taux de séropositivité chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (3,6 %) est plus élevé que chez les hommes du même groupe d'âge (2,3 %). Au Rwanda, le taux de fécondité des adolescentes est modéré (6 % des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans)³. Les avortements non médicalisés sont fréquents, et ils sont responsables de la moitié des complications obstétriques.

Santé sexuelle et reproductive ³	Masculin	Féminin	Total
Taux de fécondité des adolescentes (15-19 ans)	-	6 %	-
Taux de prévalence de l'utilisation de contraceptifs (15-24 ans)	-	21,6 %	-
Taux de prévalence des IST (15-24 ans)	2,1 %	3,1 %	2,6 %
Prévalence du VIH (15-24 ans)	0,8 %	3,2 %	2 %
Incidence des violences fondées sur le genre chez les jeunes femmes	15-19 12 %	20-24 23 %	
Besoins subsistants en matière de planification familiale (15-49 ans)		19 %	

Indicateurs de comportement^{3,9} : La moitié environ des jeunes (15-24 ans) au Rwanda sont capables de nommer correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et de rejeter les principales idées fausses concernant la transmission du virus. Les efforts faits pour retarder l'âge du premier rapport sexuel ont été couronnés de succès, et l'âge médian du premier rapport est de 20,7 ans chez les femmes âgées de 25 à 49 ans, et de 21,9 ans chez les hommes du même groupe d'âge.

Indicateurs de comportement ^{3,10}	Masculin	Féminin	Total
Rapports sexuels avant 15 ans (15-19 ans)	13,3 %	4,8 %	9,1 %
Rapports sexuels avant 15 ans (20-24 ans)	8,8 %	2,8 %	5,5 %
Partenaires multiples (15-24 ans)	1,8 %	0,6 %	1,2 %
Prévalence des mutilations génitales chez les femmes (15-24 ans)	-	n. d.	-
Prévalence du mariage des enfants (< 18 ans)	-	13 %	-
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (15-24 ans)	66,2 %	42 %	54,1 %

Services^{3,11} : Les centres adaptés aux jeunes ne répondent pas pleinement à leurs besoins ; peut-être serait-il nécessaire que le personnel de ces centres comprenne lui-même des jeunes. Les jeunes non scolarisés ont un accès limité aux services de santé sexuelle et procréative. Seuls 17 districts sur 30 disposent de centres de soins fonctionnels adaptés aux jeunes, et ces centres font face à des difficultés diverses. La coordination des activités entre organisations communautaires et organisations confessionnelles est insuffisante.

Accès aux services ³	Masculin	Féminin	Total
Femmes mariées/sexuellement actives âgées de 15 à 49 ans utilisant une quelconque méthode de planification familiale	-	28,6 %	-
15-19 ans utilisant des contraceptifs	-	2,1 %	-
20-24 ans utilisant des contraceptifs	-	19,5 %	-
Accès aux résultats du dernier test de dépistage du VIH effectué au cours des 12 derniers mois	Aged 15-19 25,6 %	Aged 20-24 44,5 %	
Accès aux soins post-avortement	Limité		
Disponibilité des services adaptés aux jeunes	Limitée, mais en progression		

Notes :

- 1 Recensement de la population et des logements, 2012.
- 2 PNUD, 2011, *Rapport sur le développement humain – Durabilité et équité : un meilleur avenir pour tous*. PNUD, New York.
- 3 DHS, 2010.
- 4 Ministère de l'éducation, 2012, *Rwanda Education Statistics*. Kigali.
- 5 Ministère de l'éducation, 2008, *Education Sector Strategic Plan 2008 – 2012*. Kigali.
- 6 Ministère de la santé, 2005, *Health Sector Policy*. Kigali.
- 7 Ministère de l'éducation/UNESCO, 2012, *Gaps Analysis of Mainstreaming HIV and AIDS in School Curricula in Rwanda*. Kigali.
- 8 Ministère de la santé, 2011, *Annual Report 2010-2011*. Kigali.
- 9 Ministère de la santé, 2011, *Rwanda Health Indicators: Progress 2010 (DHS and EICV) Sector Performance Indicators HSSP I + II and III, 2000-2010*. Kigali.
- 10 Ministère de la jeunesse/UN Rwanda, 2010, *Rwanda Youth Statistical Indicators*. Kigali.
- 11 Bingwayo, A, 2009, *Report on adolescents' health and HIV services in Rwanda, in the context of their Human Rights*. Ministère de la santé, Rwanda: Kigali.

SEYCHELLES



Population¹: 87 441

Of the total population, 23% fall into the 10-24 age group.

National poverty line²: 17%

Education expenditure³: 10%

Health expenditure⁴: 14.8%

Education⁵: Education is prioritized by government and has the second highest budget allocation. Universal access to education has been achieved.

There are 32 pre-primary schools, 26 primary schools, and 13 secondary schools catering for a student population of about 20,000 students. There is also a school which caters for children with physical and mental disabilities.

Sexuality education^{7 8}: The main vehicle for sexuality education (SE) provision in state schools is the Personal and Social Education (PSE) programme, created by the Ministry of Education. The programme was officially launched in 1998 with the assistance of the United Nations Population Fund (UNFPA). The four main components of the programme are: moral education, career education and guidance, education for citizenship, and family life health education (FLHE). It addresses important life skills and incorporates aspects of growth and development, sexuality education, gender roles and interpersonal and social skills, to name a few. It is a compulsory subject on the curriculum and all primary to secondary schools teach three formal PSE lessons a week. No formal sexuality education programme for out-of-school young people is provided.

Population ¹	Male	Female	Total
Children 10-14 years	3.088	3.019	6.107
Adolescents 15-19 years	3.686	3.404	7.090
Young people 20-24 years	3.352	2.953	6.305
Total 10-24 years	10.126	9.376	19.502

Education ^{5,6}	Male	Female	National
Adult literacy rate	94%	95%	94%
Literacy rates 15-24 years	-	-	99%
Net enrolment rate primary	99%	99%	99%
Net enrolment rate secondary	49%	51%	50%

Trained teachers ⁵		Teacher-student ratios ⁸	
Male	Female	Primary	Secondary
80	656	1:13	1:12

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Yes	Personal and Social Education	No

Curriculum content ⁹	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	Yes
Adolescent and reproductive health	Yes	Yes	Yes	Yes
Sexuality education	Yes	Yes	Yes	Yes
Gender equality and empowerment	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV and AIDS and other STIs	Yes	Yes	Yes	Yes
Stigma and discrimination	Yes	Yes	Yes	Yes
Family life and interpersonal relations	Yes	Yes	Yes	Yes

Sexual and reproductive health (SRH)^{10 11}: There is an increase in the number of teenage pregnancies, from 18.7% in 1999 to 29.2% in 2011.¹²

The HIV prevalence among the general population is 0.83%. The HIV pandemic is concentrated in the key populations of injection drug users (IDU) and men who have sex with men (MSM).

Behavioural indicators¹⁸: The results of a child well-being study in 2009 amongst young people falling into the 6-19 age group showed that almost half (46%) of those aged 12-19 have had sex, with 52% of those boys and 40% girls. A quarter of this age group reported having used protection when having had sex.

Services¹⁹: Health care is free and available to all citizens. *The SRH service is managed by the Programme Development Team in the Public Health Department (PHD) section. Implementation of services is done mainly through the primary health care programme; services are staffed by nurses with the support of other health professionals.*

SRH ¹³	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate ¹⁴	-	-	73 per 1 000
Teenage pregnancy rate ¹⁵	-	-	70 per 1 000
HIV prevalence (aged 15-24)	0.8% ¹⁶	0.7% ¹⁷	0.75%
Unmet need for family planning (aged 15-24)			Young people can get access to family planning but those below the age of 18 require parental consent for contraceptives and treatment

Behavioural indicators ¹⁸	
Sex before age 15 (aged 15-19)	8 %
Sex before age 15 (aged 20 -24)	25%
Prevalence of child marriage	1%
Condom use:	
At last sex (aged 15-24)	24.7 %
With regular partner	36%
With commercial sex worker	16.7%
With non regular partner	20.7%
Average:	24.7%

Access to services ^{17,20}		
Married women using all family planning methods	General population in government health facilities only	46.2%
20- 24-year-olds using contraception	Data available for government owned SRH centres, but not disaggregated according to age	
Access to HIV testing and counselling (HCT) ²¹	Available at one Youth Health Centre, all district Health Centres, all private clinics, and one NGO	94% uptake HCT 5.3% refuse treatment
Access to post-abortion care	Available but people not made aware and not structured properly	
Availability of young people-friendly services	No minimum package or standard available for young people-friendly services	

Notes:

- 1 Population and Housing Census, 2011
- 2 UNDP, 2012, MDG Report: 2010 *Poverty in Seychelles*
- 3 SOWC, 2009
- 4 National Statistics Bureau, *Seychelles in Figures: 2012, Edition 1*
- 5 *Seychelles Millennium Development Goals Status Report, 2010*
- 6 MoH, 2012, *Population & Development*
- 7 MoE, 2001, *National Curriculum Framework*
- 8 Seychelles/UNFPA, *Evaluation report 2008-2011*
- 9 MoE, 2001, *National Curriculum Framework*
- 10 MoH, 2009, *Annual Report*
- 11 MoH, 2011, *Report on the Evaluation of the HIV and AIDS National Strategic Plan 2005 – 2009 and Road Map for the National Strategic Plan 2012 –2016*
- 12 MoH, Epidemiology and Statistics Section

- 13 *The Seychelles HIV, AIDS and STI's Knowledge, Attitude, Practices and Behavior (KAPB) and Biological Surveillance Studies, 2012*
- 14 MoH 2010
- 15 MoH 2012
- 16 UNGASS Country Report, 2010
- 17 UNGASS Country Report, 2008
- 18 KAPB Survey, 2012
- 19 *Reproductive Health Policy, 2012*
- 20 KAPB, 2012
- 21 Youth Health Centre, 2012, *Strengthening Youth Friendly Services Training Report*

SEYCHELLES



Population¹ : 87 441

Le groupe d'âge 10-24 ans représente 23 % de l'ensemble de la population.

Pourcentage de la population vivant sous le seuil de pauvreté² : 17 %³

Dépenses d'éducation⁴ : 10 %

Dépenses de santé⁵ : 14,8 %

Éducation⁶ : L'éducation est une priorité du gouvernement et le second poste le plus important du budget national. L'objectif de l'accès universel à l'éducation est atteint.

Le pays compte 32 centres d'éducation préprimaire, 26 écoles primaires et 13 écoles secondaires accueillant une population scolaire d'environ 20 000 élèves. S'y ajoute un établissement prenant en charge les enfants physiquement ou mentalement handicapés.

Éducation sexuelle^{8,9} : L'éducation sexuelle est assurée principalement dans les écoles publiques dans le cadre du Programme d'éducation personnelle et sociale (PSE), conçu par le ministère de l'Éducation. Ce programme a été officiellement lancé en 1998 avec le concours du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Il comprend quatre grands volets : éducation morale, formation et orientation professionnelles, éducation à la citoyenneté, et éducation à l'hygiène de la vie familiale. Il traite d'importantes compétences pratiques et aborde des aspects de la croissance et du développement, de l'éducation sexuelle, des rôles assignés aux genres et des compétences relationnelles et sociales, pour ne citer que quelques sujets. C'est une matière obligatoire, qui est enseignée à raison de trois leçons par semaine dans toutes les écoles primaires et secondaires. Il n'existe aucun programme d'éducation sexuelle formel s'adressant aux jeunes non scolarisés.

Population ¹	Masculin	Féminin	Total
% enfants 10-14 ans	3,088	3,019	6,107
% adolescents 15-19 ans	3,686	3,404	7,090
% de jeunes 20-24 ans	3,352	2,953	6,305
Total	10,126	9,376	19,502

Éducation ^{5,7}	Masculin	Féminin	National
Taux d'alphabétisation des adultes	94 %	95 %	94 %
Taux d'alphabétisation des 15-24 ans	-	-	99 %
Taux net de scolarisation dans le primaire	99 %	99 %	99 %
Taux net de scolarisation dans le secondaire	49 %	51 %	50 %

Enseignants formés ⁵		Proportion élèves/enseignants ⁹	
Masculin	Féminin	Primaire	Secondaire
80	656	1:13	1:12

Programme disponible	Type de programme	Sanctionné par un examen
Oui	Éducation personnelle et sociale	Non

Contenu du programme ¹⁰				
Sujet couvert	Inclusion dans les programmes de base			
	Inf/P	Sup/P	Inf/S	Sup/S
Compétences pratiques génériques	Oui	Oui	Oui	Oui
Santé adolescente et procréative	Oui	Oui	Oui	Oui
Éducation sexuelle	Oui	Oui	Oui	Oui
Égalité des sexes et autonomisation des femmes	Oui	Oui	Oui	Oui
VIH/SIDA et autres IST	Oui	Oui	Oui	Oui
Stigmatisation et discrimination	Oui	Oui	Oui	Oui
Vie familiale et relations interpersonnelles	Oui	Oui	Oui	Oui

Santé sexuelle et reproductive^{11,12} : On note une augmentation du taux de grossesse chez les adolescentes, de 18,7 % en 1999 à 29,2 % en 2011/13.

Le taux de prévalence du VIH dans l'ensemble de la population est de 0,83 %. La pandémie de VIH se concentre dans les groupes à risques : consommateurs de drogues injectables (CDI) et hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH).

Indicateurs de comportement¹⁹ : Selon une étude sur le bien-être des enfants réalisée en 2009 auprès des jeunes âgés de 6 à 19 ans, près de la moitié (46 %) des jeunes de la tranche d'âge 12-19 ans avaient déjà eu des rapports sexuels, dont 52 % chez les garçons et 40 % chez les filles. Un quart des jeunes dans cette tranche d'âge déclaraient se protéger lors des rapports.

Services²⁰ : Les soins de santé sont gratuits et accessibles à tous les citoyens. Les services d'hygiène sexuelle et procréative sont gérés par l'équipe d'élaboration du programme de la section compétente du ministère de la Santé publique. Les services sont dispensés principalement dans le cadre du programme de soins de santé primaires par des infirmières secondées par d'autres professionnels de la santé.

Santé sexuelle et reproductive ¹⁴	Masculin	Féminin	Total
Taux de fécondité des adolescents ¹⁵	-	-	73 pour 1 000
Taux de grossesse chez les adolescentes ¹⁶	-	-	70 pour 1 000
Prévalence du VIH (15-24 ans)	0,8 % ¹⁷	0,7 % ¹⁸	0,75 %
Besoins subsistants en matière de planification familiale (15-24 ans)			Les jeunes ont accès à la planification familiale, mais la fourniture de contraceptifs et de soins est subordonnée à l'accord parental pour les mineurs de moins de 18 ans

Indicateurs de comportement ¹⁸	
Rapports sexuels avant 15 ans (15-19 ans)	8 %
Rapports sexuels avant 15 ans (20 -24 ans)	25 %
Prévalence du mariage des enfants	1 %
Utilisation du préservatif :	
Lors du dernier rapport (15-24 ans)	24,7 %
Avec un partenaire régulier	36 %
Lors de rapports sexuels tarifés	16,7 %
Avec des partenaires non réguliers	20,7 %
Taux moyen :	24,7 %

Accès aux services ^{17,21}		
Femmes mariées utilisant une quelconque méthode de planification familiale	Ensemble de la population dans les centres de soins publics seulement	46,2 %
20-24-ans pratiquant la contraception	Données disponibles pour les centres publics, mais non ventilées par tranches d'âge	
Accès aux tests de dépistage du VIH et de conseils ²²	Service disponible dans un centre de soins pour les jeunes, dans tous les centres de district, dans toutes les cliniques privées et auprès d'une ONG 94 % acceptent les tests et les conseils 5,3 % refusent le traitement	
Accès aux soins post-avortement	Soins disponibles, mais la population n'est pas informée et les services sont mal organisés	
Disponibilité de services adaptés aux jeunes	Pas de formule globale minimale ou standard disponible pour les services adaptés aux jeunes	

Notes:

- 1 Recensement de la population et des logements, 2011.
- 2 PNUD, 2012, *MDG Report: 2010 Poverty in Seychelles*.
- 3 13 554,00 roupies seychelloises par équivalent-adulte par an (Poverty in Seychelles: Policy Digest, Christophe Muller [consultant auprès du Programme des Nations Unies pour le développement, juillet 2012]).
- 4 Rapport de l'UNICEF sur la situation des enfants dans le monde, 2009.
- 5 Bureau national de statistique, *Seychelles in Figures: 2012, Edition 1*.
- 6 *Seychelles Millennium Development Goals Status Report*, 2010.
- 7 Ministère de la santé 2012, *Population & Development*.
- 8 Ministère de la santé, 2001, *National Curriculum Framework*.
- 9 Seychelles/UNFPA, *Evaluation report 2008-2011*.
- 10 Ministère de l'éducation, 2001, *National Curriculum Framework*.
- 11 Ministère de la santé, 2009, *Annual Report*.
- 12 Ministère de la santé, 2011, *Report on the Evaluation of the HIV and AIDS National Strategic Plan 2005-2009 and Road Map for the National Strategic Plan 2012-2016*.
- 13 Ministère de la santé, Section de l'épidémiologie et des statistiques.

14 *The Seychelles HIV, AIDS and STI's Knowledge, Attitude, Practices and Behavior (KAPB) and Biological Surveillance Studies*, 2012.

15 Ministère de la santé, 2010.

16 Ministère de la santé, 2012.

17 Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Country Report, 2010.

18 Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Country Report, 2008.

19 KAPB Survey, 2012.

20 *Reproductive Health Policy*, 2012.

21 KAPB, 2012.

22 Youth Health Centre, 2012, *Strengthening Youth Friendly Services Training Report*.

SOUTH AFRICA



Population: 51.7 million¹

Young people aged 10-24 number 14.9 million or 30% of the population².

National poverty rate: 34.5% (below ZAR 422 per month)³

Education expenditure: 4% of GDP per capita (primary and secondary)⁴

Health expenditure: 8.3% of GDP (public and private)⁵

School attendance of orphans aged 10-14: 99.6%⁶

Education: South Africa has compulsory school attendance from grade 1-9 for all learners. From Grade 10-12, education is not compulsory and learners may decide to drop out or enrol in further education training. Over 95% of children aged 7-14 were attending school in 2011⁸. Enrolment rates fall in secondary schooling and National Senior Certificate (NSC) pass rates are around 70%. Although statistics show high levels of access to secondary education and universal access to primary education, quality of education remains a concern. Major emphasis is being placed on improving quality of education and performance of learners at all levels. Gender indicators show high levels of participation by girls but some gender disparities persist in NSC pass rates. Initiatives to assist in alleviating child poverty and barriers to education access include the Child Support Grant, free access to education and the National School Nutrition Programme.

Sexuality education: Issues related to sex, sexuality and HIV are incorporated in the Health Education curriculum, Integrated School Health Policy (ISHP) and Basic Education Integrated Strategy on HIV, STIs and TB 2012-2016. The ISHP school health package encourages community and learner participation and incorporates health education and promotion into learning areas of the Life Orientation curriculum, which builds on the pre-existing HIV and AIDS Life Skills Education Programme. Supplementary co-curricular activities are also expected, especially in secondary schools. The ISHP Health Education package covers a range of health issues: Grade R - Grade 6 covers abuse, puberty and substance abuse; further sexuality-related topics in Grades 7-12 include abuse, menstruation, Sexual and Reproductive Health (SRH), contraception, sexually transmitted infections (STIs) and HIV, teen pregnancy and terminations, prevention of mother-to-child transmission (PMTCT), HIV counselling and testing (HCT), stigma and substance abuse. In 2008, 65% of learners reported that they had been taught about HIV at school¹².

Population ⁷	Male	Female	Total
% children 10-14 years	9.3%	8.5%	17.8%
% adolescents 15-19 years	9.9%	9.4%	19.3%
% young people 20-24 years	10.7%	10.1%	20.8%

Education	Male	Female	Total
Adult literacy rate ³	-	-	79.2%
Literacy rates 15-24 years	98.8%	98.4%	99.2% ⁹
Gross enrolment rate primary	95%	91%	93% ¹⁰
Completion of NSC ¹⁰	71.9%	68.6%	70.3%

Trained teachers (primary)	Learner-educator ratio	
Male	Female	Primary and Secondary ¹¹
87% (total) ¹²		29.2 ¹⁰

Gender parity index (ratio girls/boys) ¹²	Primary	Second	Tertiary
	0.96	1.07	na

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Yes	Life Skills/Life Orientation	Yes

Curriculum content ¹²				
Topic covered	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	Yes
Abuse (sexual, physical, emotional)	Yes	Yes	Yes	Yes
Sexuality and sexual and reproductive health	No	No	Yes	Yes
Gender equality and empowerment	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV and AIDS and other STIs	No	No	Yes	Yes
Stigma and discrimination	Yes	Yes	Yes	Yes

Sexual and reproductive health: SRH is a priority in the primary health care approach promoted by health policy. HIV is a major burden, particularly among young women. For example, in 2008, HIV prevalence in women aged 20-24 was 21.1% compared to 5.15% in men¹³. Approximately 60% of South African women aged 15-49 use modern contraception, which is three times sub-Saharan Africa's average. A national PMTCT programme has reduced mother-to-child transmission to less than 4% and access to antiretroviral therapy (ART) has risen dramatically, with 87.1% of HIV positive pregnant women receiving antiretroviral therapy by 2011⁶.

Behavioural indicators: There has been a marked change in risk behaviours reported by young people since the 1990s, but they remain high. In the 2008 Youth Risk Behaviour Survey, 38% of learners reported ever having had sex and of these, 13% had their first sex under the age of 14 and 4.4% had had an STI. Among sexually active learners, 40% had more than one sexual partner in their lifetime and 45% used condoms for contraception, but only 31% used them consistently¹⁶. HIV prevalence in 15- 24-year-olds, a proxy for HIV incidence, remains high but with evidence of a downward trend: in pregnant women aged 15-24, it declined from 21.8% in 2010 to 20.5% in 2011¹⁷. In 2008, 21% of learners had an HIV test, with no significant gender variation¹⁸.

Services: A range of SRH services are available to young people, including contraception, condoms, PMTCT, STI treatment and termination of pregnancy. Historically, they have often been fragmented and not young people-friendly. The ISHP, a joint initiative by the Departments of Education, Health and Social Development, is one key effort to deal with young people's health issues in an integrated way and improve access to services. The ISHP proposes on-site health services in schools, including access to SRH counselling of all learners. For sexually active learners, this should include information on or referral to dual protection contraception and HCT, as well as STI screening. Where services are not available on school premises mechanisms should be in place for ensuring that learners are able to access these services through referrals⁶.

SRH	Male	Female	Total
Teenage pregnancy rate (aged 13-19)	-	4.5%	-
Contraceptive prevalence (aged 15-49)	-	60%	-
Syphilis prevalence (national) ⁶	-	-	1.6%
HIV prevalence (aged 15-24) ⁶	3.6%	13.9%	8.8%
Prevalence of gender-based violence (GBV) among learners	15% report some GBV by partner ¹⁴		
Unmet need for family planning (aged 15-49)	-	14% ¹⁵	-

Behavioural indicators ⁶	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-19)	15.1%	10.4%	13.1%
Sex before age 15 (aged 20-24)	8.8%	3.7%	6.1%
Multiple-concurrent partners in the last 12 months (aged 15-19)	9.8%	32.2%	20.6%
Prevalence of female genital cutting (aged 15-24)	-	No data	-
Prevalence of child marriage	-	No data	-
Condom use at last sex (aged 15-19)	93.9%	67.7%	88.1%

Access to services	15-19		20-24	
	Male	Female	Male	Female
% young people having more than one sexual partner in last 12 months reporting use of condom at last sex	-	65.4%	-	77.1%
Access to HIV testing - results from last HIV test taken in past 12 months	15-19		20-24	
	Male	Female	Male	Female
	5.8%	18.1%	19.2%	29.4%
Access to post-abortion care	Yes – but not comprehensive			
Availability of young people-friendly services	ISHP will increase access to SRH and health promotion for young people			

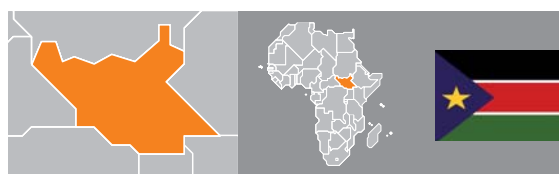
Notes:

- 1 StatsSA, Census 2011, Statistical Release
- 2 StatsSA, Census 2011, Methodology and Highlights of Key Results
- 3 Government of South Africa, 2012, The Presidency, Development Indicators 2011
- 4 Department of Basic Education, 2013, Action Plan to 2014 - Towards the Realisation of Schooling 2025
- 5 Department of Health, 2011, National Health Insurance Green Paper
- 6 Department of Health, 2012, Global AIDS Response Progress Report
- 7 StatsSA, Census 2011, Census in Brief Stats SA
- 8 StatsSA, Census 2011, Census in Brief
- 9 UNESCO Institute for Statistics, UIS data on literacy rates 15-24, 2011 <http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=210>
- 10 Department of Basic Education, 2012, Education Statistics in South Africa, 2011
- 11 Educations statistics provide a national average for LER in ordinary schools and independent schools (primary and secondary combined)
- 12 World Bank, Education Data 2009, <http://data.worldbank.org/indicator/SE.PRM>

TCAQ.ZS

- 13 This was the last nationally representative general population survey and is the information used by the DoH in the ISHP and in Global AIDS Report Progress Report for South Africa 2012
- 14 Medical Research Council, 2010, The 2nd South African National Youth Risk Behaviour Survey 2008
- 15 UNFPA, 2012, State of the World Population
- 16 Medical Research Council, 2010, The 2nd South African National Youth Risk Behaviour Survey 2008
- 17 Department of Health, 2011, National Antenatal Sentinel HIV & Syphilis Prevalence Survey in South Africa
- 18 Department of Health, 2013, Integrated School Health Policy

SOUTH SUDAN



Population: 8 260 000

South Sudan has a population of 8.26 million, of which 83% live in rural areas and 51% are below the age of eighteen. ²

Education⁴: The education system in South Sudan is embryonic and over-stretched. There is a severe shortage of trained primary school teachers. Only 27% of those above the age of 15 are literate. Literacy levels are higher among men (40%) compared to women (16%) and in urban areas (at 53%) compared to rural areas (22%). Literacy rates are particularly bad amongst the 15-24 year-olds - 55% for men and 28% for women.

Sexuality Education⁶: Plans are underway for a national curriculum review which will lead towards the incorporation of life skills in the curriculum. A "Life Skills Program" funded by UNICEF is currently being developed by the Ministry of General Education; it will include modules on human rights, gender equality, gender-based violence, reproductive health and sexuality education.

National Poverty Rate¹	51% (less than US\$28 per month)
Education Expenditure²	6.9% of domestic spending
Health Expenditure²	4.2% of domestic spending (2011/2012 was 2.6%)
Percentage of primary school orphans²	10.3%

Population ³	Male	Female	Total
% children 10-14 yrs	6.9%	5.9%	12.8%
% adolescents 15-19 yrs	5.6%	5%	10.6%
% youth 20-24 yrs	4.4%	4.4%	8.8%

Education ⁴	Male	Female	Total
Adult literacy rate	40%	16%	28%
Literacy rates 15-24 yrs	55%	28%	41.5%
Net enrolment rate primary	46.2%	35.7%	41.3%
Net enrolment rate secondary	3.3%	2.3%	2.9%
Progression to secondary	69.9%	64.5%	68%

Trained teachers ⁵	Pupil / Teacher Ratios ⁵		
Primary	Secondary	Primary	Secondary
47.3%	57%	48.7	17.6

Gender parity index (ratio girls/boys)	Primary	Second	Tertiary
-	-	-	-

Curriculum Available	Curriculum Type	Examinable
Yes	National P1 to P8	Yes

Curriculum Content ⁶	Inclusion in core curriculum			
	Low/P	Up/P	Low/S	Up/S
Generic life skills	n/a	n/a	n/a	n/a
Adolescent & reproductive health	n/a	n/a	n/a	n/a
Sexuality education	n/a	n/a	n/a	n/a
Gender equality & empowerment	n/a	n/a	n/a	n/a
HIV/AIDS and other STIs	n/a	n/a	n/a	n/a
Stigma & discrimination	n/a	n/a	n/a	n/a
Family life & inter-personal relations	n/a	n/a	n/a	n/a

Sexual and Reproductive Health^{7,8}: South Sudan has some of the lowest health indicators in the world. Less than 40% of the population has access to any form of health care. HIV prevalence among the 15-49 years-old is estimated at 3.04% (2009). Approx. 150,000 people are living with HIV (135,000 adults and 14,500 children). An estimated 16,000 new infections occur annually. Knowledge about HIV/AIDS is extremely low. Prevailing cultural and gender norms, and high rates of early marriage and teenage pregnancy exacerbate the situation.

Sexual/ Reproductive Health ^{8,9}	Male	Female	Total
Teenage pregnancy rate 15-19 yrs		353/1000	
Contraceptive prevalence rate 15-49 yrs	4.5% (all) and 1.7 for modern methods		
Prevalence of STIs 15-24 yrs (in Juba)	In school youth	Out of school youth	
	12%	6%	
HIV prevalence rate	3.0%		
HIV prevalence 15-24 yrs (for ANC respondents)	Women 15-19	Women 20-24	
	2.3%	3.3%	
Incidence SGBV young women 15-24 yrs	Anecdotal evidence of high rates of gender-based violence and rape		
Unmet need for FP 15-49 yrs	Male	Female	Total
		24%	

Behavioural Indicators¹⁰: Knowledge of HIV is generally low while the practice of risky sexual behaviour is high. Condom use among the sexually active youth is relatively low, with only 24% of the in-school youth reporting having ever used condoms. More than 10% of both men and women reported having had multiple sexual partners. HIV stigma pervades through all sections of society. More than 10% of the population has had symptoms of an STI; antenatal surveillance and other reports show an extremely high rate of syphilis-positive tests for both men and women.

Behavioural Indicators ¹⁰	In school	Out of school
Sexually active youth 15-24 yrs (Juba)	44%	65%
First sex by age 15 (Juba)	38%	29%
Multiple partners 15-24 yrs	10%	
Prevalence of FGM 15-24 yrs	No data	
Prevalence of child marriage	48% of all South Sudanese girls between the ages of 15 and 19 are married.	
Condom use at last sex 15-24 yrs	15-24 in Rumbek	15-24 in Yambio
	3.5%	13.2%

Services¹¹: The National Reproductive Health Strategic Plan 2011–2015 calls for the formulation of a National Youth and Adolescent Reproductive Health Strategy to ensure full access of youth and adolescents to quality and comprehensive youth friendly reproductive health services, information and protection.

Access to services ¹¹	Male	Female	Total
20-24 year olds using contraception	-	29.2%	-
Access to post abortion care	Abortion only to save a woman's life		
Availability of YF Services	Guided by Adolescent SRH Strategy 2010/15		

Notes:

- 1 5th Sudan Population and Housing Census, 2008
- 2 UNDP, 2011, *Human Development Report - Sustainability and Equity: A Better Future for All*. UNDP: New York
- 3 5th Sudan Population and Housing Census, 2008
- 4 National Baseline Household Survey, 2009
- 5 EMIS 2011
- 6 MoE 2011
- 7 SSAC, 2010, *Universal Access Report: Scaling Up HIV/AIDS Response*
- 8 Abu Raddad LJ, Akala FA, Semini I, Rieder G, Wilson D, Tawil O, 2010, *Characterizing the HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa*. World Bank Publications
- 9 UNGASS Country Progress Report on Sudan, 2010
- 10 Household Health Survey, 2010
- 11 MoH 2010

SWAZILAND



Population¹: 953 924 (2007)

85% of Swaziland's population lives in rural areas; approx. 48% is below 15 years of age.

National poverty line²: 60%

Education expenditure²: 11.1% of GDP

Health expenditure²: 2.3% of GDP

Proportion of orphans aged 10-15²: 39.1%

Education⁴: Net attendance rates for both primary and secondary school levels are relatively high, with girls far exceeding boys in terms of attendance over all. Despite the fact that attrition rates are also relatively high, the formal education institutions continue being one of the most appropriate means through which sexuality education (SE) can be introduced.

Sexuality education⁵: There is a SE curriculum at both the primary and the secondary school level. The 2010 Education Sector Policy initiated the creation of a formal guidance and counselling syllabus which focuses on age-appropriate ways of promoting health at school. HIV and AIDS has been made a compulsory element of SE; teachers receive appropriate training prior to teaching the HIV and AIDS curriculum.

Population ³	Male	Female	Total
% children < 5=	15.3%	13.8%	29.1%
0-14 years	15.2%	13.2%	28.4%
	10-4=15.7%	10-14=14.6%	30.3%
% adolescents 15-19 years	13.5%	11.6%	25.1%
% young people 20-24 years	9.5%	9.7%	19.2%

Education ⁴	Male	Female	Total
Adult literacy rate			90.5%
Literacy rates 15-24 years	91%	94.5%	92.8%
Net enrolment rate primary	82%	84%	83%
Net enrolment rate secondary	55%	74%	65%
School dropout rates	8%	9.4%	8.6%

Trained teachers ⁴ (primary)	Teacher-student ratios ⁴	
	Male	Female
29%	71%	1:45
		1:40

Gender parity index (ratio girls/boys):	Primary	Second	Tertiary
Gross enrolment rate	0.90	0.93	
Net enrolment rate	0.95	1.27	N/A

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Yes	Centralised	No

Curriculum content ⁶	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	Yes
Adolescent and reproductive health	Yes	Yes	Yes	Yes
Sexuality education	Yes	Yes	Yes	Yes
Gender equality and empowerment	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV and AIDS and other STIs	Yes	Yes	Yes	Yes
Stigma and discrimination	Yes	Yes	Yes	Yes
Family life and interpersonal relations	Yes	Yes	Yes	Yes

Sexual and reproductive health⁷: Young people centres provide information and counselling services on HIV, despite the fact that HIV testing has not yet been made available. Young people below the age of 16 require parental consent for HIV testing and counselling (HCT) despite the fact that traditional marriage law allows 13-year-old girls to get married. The rate of unintended pregnancies is 64%. Antiretroviral drugs (ARVs) are available free of charge at public health facilities but only young people, who are 18-years-old or above, can access ARVs without parental consent. HIV prevalence among young people aged 15-24 is 34%.

SRH ⁷	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate		111 (as per 1 000 women)	
Teenage pregnancy rate		17.3%	
STI rate (aged 15-24)	5.5%	5.2%	
HIV prevalence (aged 15-24)	6.5%	15.6%	
Incidence of sexual gender-based violence (SGBV) (aged 18-24)		Nearly 2 in 3 females	
Unmet need for family planning (aged 15-24)		28.6%	

Behavioural indicators⁸: Swaziland has one of the highest HIV rates in the world (25.9%), which can be attributed mainly to the high number of multiple concurrent partners and the high levels of intergenerational sex. Within the 15-24 year age group, 28.5% of young men report having had multiple concurrent partners.

Behavioural indicators ^{7,9}	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-24)	4.9%	7.4%	6.2%
Multiple partners (aged 15-24)	9%	3%	6%
Condom use at last sex (aged 15-24)	91.5%	71.5%	81.5%

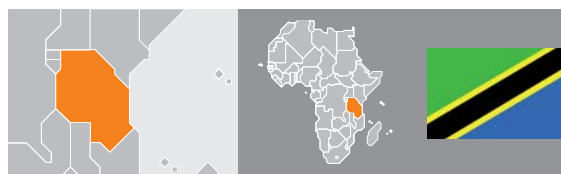
Services⁷: Family planning services are provided through governmental, civil society and private sector organizations; these, however, have not been streamlined with HIV and AIDS strategies. Swaziland has been making efforts to combine these with sexual and reproductive health (SRH) services as well. There is no access to safe abortion facilities as abortions are illegal; unsafe abortion is common, accounting for 50% of all obstetric complications and 37% of health facility-based maternal deaths.

Access to services ⁷	Male	Female	Total
Married women using all family planning methods		89.2%	
15-19-year-olds using contraception	16.6%	27.6%	22.1%
20-24-year-olds using contraception	67.1%	78.4%	72.8%
Access to HTC			20%
Availability of young people-friendly services	Available but on a limited scale		

Notes:

- 1 Population and Housing Census, 2007
- 2 UNDP, 2011, *Human Development Report - Sustainability and Equity: A Better Future for All*. UNDP: New York
- 3 Population and Housing Census, 2007
- 4 MoE, 2011, *Annual Education Statistics Census Report*
- 5 The Government of Swaziland, *National Strategic Framework on HIV and AIDS 2009–2014*
- 6 MoE, 2010, *Education and Training Sector Policy*
- 7 DHS 2010
- 8 UNGASS Country Report, 2010
- 9 Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), 2010

TANZANIA



Population¹: 44.9 million
47% is below 15 years of age; 77.2% live in rural areas.

National poverty rate²: 33.4%

Public spending on education²: 6.2% of GDP

Public spending on health²: 4.0% of GDP

Ratio of school attendance of orphans aged 10-14³: 0.9%

Education: Access to education in Tanzania is improving. Only a small proportion of young people enrolled in primary education are unable to complete it. Literacy rates among young people are quite high.

Sexuality education: Young people receive optional HIV and AIDS life skills education at both lower primary and secondary school levels – negotiations on making the life skills curriculum compulsory are under way. An estimated 15 to 25% of primary and secondary schools cover the main issues of the curriculum. Teachers receive training prior to teaching the curriculum. ⁷

Population ⁴	Male	Female	Total
% children 10-14 years	14.3%	13.8%	28.1%
% adolescents 15-19 years	10.5%	9.3%	19.8%
% young people 20-24 years	6.7%	8%	14.7%

Education	Male	Female	Total
Adult literacy rate ⁶	-	-	69.4%
Literacy rates 15-24 years ⁵	78%	76%	77%
Net enrolment rate primary ⁵	91%	92%	92%
Net enrolment rate secondary ⁵	36%	33%	34%
Progression to secondary ⁵	39%	34%	37%

Trained teachers ⁵ (primary)	Teacher-student ratios ⁵	
	Male	Female
94% (both)	Primary	Secondary
	1:51	1:34

Gender parity index (ratio girls/boys)	Primary	Secondary	Tertiary
	1.02	1.02	0.82

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Not as stand alone subject	Integrated into carrier subject	As part of other subjects

Curriculum content ⁷	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	No	Yes	Yes	Yes
Adolescent and reproductive health	Yes	Yes	Yes	No
Sexuality education	Yes	Yes	Yes	No
Gender equality and empowerment	No	No	No	No
HIV and AIDS and other STIs	Yes	Yes	Yes	Yes
Stigma and discrimination	No	No	No	No

Sexual and reproductive health: UNESCO provides the Tanzanian government with technical and financial support to strengthen the capacity of teacher training colleges for delivering and monitoring sexual and reproductive health (SRH) and life skills education (LSE). The government has collaborated with non-governmental organizations (NGOs) to provide SRH services to young people.

SRH ^{8,9}	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate (aged 15-19)		116 births/1000 adolescents	
Contraceptive prevalence rate (aged 15-49)		34% (female)	
Prevalence of STIs (aged 15-24)	3.3%	3.2%	3.2%
HIV prevalence (aged 15-24)	1.7%	3.9%	2.8%
Incidence of sexual gender-based violence (SGBV) (aged 15-24)		34.5% (Female)	
Unmet need for family planning (aged 15-49)		18.3% (Female)	

Behavioural indicators¹⁰: Adolescent fertility levels are very high. The birth rate among young people aged 15-19 years is 116/1000 adolescents. Contraceptive prevalence among young married women is estimated at 34%. Prevalence of multiple and concurrent partnerships among young people is high. The practice is more common among males (35%) than females (23.7%). Less than 50% of young people report condom use at last sexual encounter with a non-regular partner.

Behavioural indicators ¹⁰	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-19)	7.8%	11.3%	9.5%
Sex before age 15 (aged 20-24)	5.5%	14.6%	10%
Multiple partners (aged 15-24)	35.2%	23.7%	29.5%
Prevalence of female genital cutting (aged 15-24)		9%	
Prevalence of child marriage		7% of women were married by age 15	
Condom use at last sex (aged 15-24)	59%	58%	

Services^{8,11}: The National Adolescent Reproductive Health Strategy 2010-2015 makes provision for the creation of an implementation framework designed to support the interventions geared towards increasing adolescents' access to young people friendly sexual and reproductive health information, education and services. More than 27% of young people use modern contraceptives; 7% use traditional ones. A total of 31.6% of females and 36.2% of males have access to condoms.

Access to services ^{11,12}	Male	Female	Total
Married/sexually active unmarried women aged 15-49 using all family planning methods		28.8%	
15- 19-year-olds using contraception	-	10.7%	-
20- 24-year-olds using contraception	-	29.2%	-
Access to HIV testing - results from last HIV test taken in past 12 months	Aged 15-19 20.5%	Aged 20-24 37.9%	
Access to post-abortion care	Abortion only to save a woman's life		
Availability of young people-friendly services	Guided by Adolescent SRH Strategy 2010-2015		

Notes:

- 1 National Population and Housing Census (NPHC), 2012
- 2 UNDP, 2013, *Human Development Report 2013*
- 3 National Bureau of Statistics (NBS), 2010
- 4 NPHC, 2012
- 5 Basic Statistics in Education (BEST), 2012
- 6 Household Budget Survey, 2007
- 7 Tanzania Ministry of Education and Vocational Training, 2011. Selected 2011 GPS Key Results
- 8 DHS 2010
- 9 WHO/SOWC 2012
- 10 Tanzania HIV and Malaria Indicator Survey (THMIS), 2013
- 11 MoH, *National Adolescent Reproductive Health Strategy 2010-2015*
- 12 International Conference on Population and Development Beyond 2014, 2012, *Country Implementation Profile: United Republic of Tanzania*

UGANDA



Population¹: 34.1 million

Approx. 21% of the population are young people aged 15-24. The number of young people living in urban areas is slightly higher than the number of those living in rural areas.

National poverty line²: 31.1%

Public spending on education²: 3.2% of GDP

Public spending on health²: 2.0% of GDP

Population of orphans aged 10-17¹: 1.3 million

Education: The total percentage of people aged 15 years and above in Uganda who can both read and write is 73%.¹ Uganda is among the few African countries which have decentralized their education systems. Net attendance rates for primary schools are 82.5%, for secondary - 17%.³ These statistics suggest that many young people who are classified as being in school regularly miss classes.

Sexuality education: Teachers receive training on the Life Skills curriculum and are given a Teacher's Hand Book as a main resource material. The HIV and AIDS/Life Skills curriculum is primarily offered through formal education, which means that young people out of school are usually not reached. The methods of delivery of the HIV and AIDS/Life Skills curriculum are not participatory enough, and thus are unlikely to offer any desirable changes in behaviour. Efforts have been made to ensure that religious, community and/or traditional leaders support the HIV prevention approach adopted by the education sector.

Population ¹	Male	Female	Total
% children 0-14 years	24.5%	24.6%	49.1%
% youth 15-24 years	10.5%	10.7%	21.2%
% 25 years and over	14.7%	15.1%	29.8%

Education ^{1,4}	Male	Female	Total
Adult literacy rate	79 %	66%	73%
Literacy rates 15-24 (secondary level and above)	87.3%	81.1%	84.2%
Net enrolment rate primary	96.4%	97.2%	96.8%
Net enrolment rate secondary	26%	25%	25.5%
Progression to secondary	60%	57%	-

Trained teachers (primary) ¹	Teacher-student ratios ¹			
	Male	Female	Primary	Secondary
90%	89%	1:49	1:19	
Gender parity index (ratio girls/boys)	Primary	Secondary	Tertiary	
	1.01	0.89	0.78	

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Yes	Life Skills	No

Curriculum content ⁵	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	No	-	-	-
Adolescent and reproductive health	No	Yes	No	No
Sexuality education	No	Yes	No	No
Gender equality and empowerment	No	Yes	No	No
HIV and AIDS and other STIs	Yes	Yes	No	No
Stigma and discrimination	No	Yes	No	No
Family life and inter-personal relations	Yes	Yes	-	-

Sexual and reproductive health⁶: The adolescent fertility and teenage pregnancy rates are high. A number of factors impacting on young people's sexuality and reproductive health (SRH) could possibly explain this.

SRH ⁸	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate ⁷ (aged 15-19) per 1000 births	-	134	-
Teenage pregnancy rate (births per 1,000 adolescents)	-	149	-
Self-reported STI prevalence rate (aged 15-24)	14.3%	24.3%	68%
HIV prevalence (aged 15-24) ¹	2.3%	4.8%	-
Incidence of sexual gender-based violence (SGBV) (aged 15-24)	4.1%	12.2%	-
Unmet need for family planning (aged 15-24)	-	-	33%

Behavioural indicators⁹: Condom use with irregular partners among young men aged 15-24 is significantly higher than among females falling into the same age group. Alcohol use during sex amongst young people falling in the 15-24 age group is 14.2% and 11.8% for females and males respectively.

Behavioural indicators ⁹	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-24)	12%	13%	12.5%
Multiple partners (aged 15-24)	9.2%	2.8%	6%
Prevalence of child marriage (by 15 years and by 24 years)	-	12% and 24%	-
Condom use at last sex (sex with irregular partners) (aged 15-24)	55%	38%	46.5%

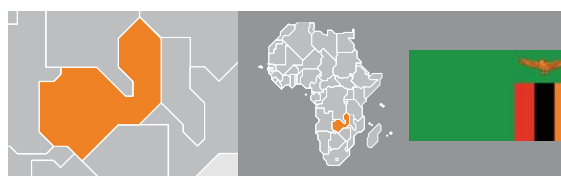
Services^{1,8}: According to the Health Sector Strategic and Investment Plan, adolescent SRH services are limited in scope and do not really address the needs of adolescents. The proportion of adolescent-friendly health facilities is 10%; the government aims to increase this to 75% by 2015. Some of the interventions planned for the period 2010/11 - 2014/15 include sensitizing and empowering communities regarding their SRH rights, and integrating adolescent SRH in school health programmes. A total of 28% of men aged 15-24 are circumcised.

Access to services ¹	Male	Female	Total
Married women using any family planning methods	-	30%	30%
15- 19-year-olds using contraception	16.3%	19.3%	17.8%
20- 24-year-olds using contraception	60.4%	52.2%	56.3%
Access to HIV testing and counselling	43%	74%	58.5%
Ever tested for HIV and received results (aged 15-24)	35.4%	61.5%	48.5%
Termination of pregnancy	Abortion is illegal unless a woman's health and wellbeing is in danger on the advice of a medical expert.		

Notes:

- 1 State of Uganda Population Report (SUPRE), 2012
- 2 HDR 2013
- 3 Education Policy and Data Center, 2012, *Core USAID Education Profile: Uganda*
- 4 National Household Survey 2009/2010
- 5 MoE, 2004, *Report on School Health Programmes and Clubs*
- 6 DHS 2011
- 7 *The African Reproductive and Sexual Health scorecard, 2012*
- 8 Uganda AIDS Indication Survey (UAIS), 2011

ZAMBIA



Population¹: 13 092 666

Of the total population, 25.2% is below the age of 15.

National poverty rate¹: 59.3%

Education expenditure¹: 3.6% of GDP

Health expenditure¹: 1.3% of GDP

Education³: Adult literacy stands at 72.8%. Net primary school attendance rates are high, with girls outperforming boys. However, the level of educational attainment remains low, as the mean number of completed school years is 6.5 out of an expected 7.9. The school system is the primary vehicle of comprehensive sexuality education (CSE) delivery. Out-of-school children should be specifically targeted by HIV and sexuality education programming, since their numbers are high.

Sexuality education^{6 7}: HIV prevention and sexual and reproductive health (SRH) programmes for young people in and out of school have been implemented over the past two decades. HIV and SE teaching strategies include peer education, life skills, communication outreach programmes, school clubs, young people-friendly corners, media, Edu-sports and theatrical events. In 2012, the Ministry of Education committed to strengthening SE in the formal education curriculum - draft curricula for school-based CSE was developed and piloted in 42 schools in the first quarter of 2013.

Population ²	Male	Female	Total
% children 10-14 years	15.9%	14.3%	30.2%
% adolescents 15-19 years	9.4%	9.2%	18.6%
% young people 20-24 years	7.3%	8.3%	15.6%

Education ^{3,4}	Male	Female	Total
Adult literacy rate	81.9%	63.7%	72.8%
Literacy rates 15-24 years	82.25%	67.15%	74.7%
Net enrolment rate basic (grades 1-9)	94.3%	94.6%	94.5%
Net enrolment rate secondary (grades 10-12)	26.1%	19.9%	23%
Transition rate (grades 7-8)	65%	55%	60%
Transition rate (grades 9-10)	46%	44.8%	45.5%

Trained teachers (primary) ⁵	Teacher-student ratios ⁵		
	Male	Female	Secondary
65%	1:60	-	-

Gender parity index (ratio girls/boys)	Primary	Second	Tertiary
1.01	-	-	-

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Yes	Life Skills Education and recently, Sexuality Education	Yes

Curriculum content ⁸	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	Yes
Adolescent and reproductive health	No	Yes	Yes	Yes
Sexuality education	No	Yes	Yes	Yes
Gender equality and empowerment	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV and AIDS and other STIs	No	Yes	Yes	Yes
Human rights base	Yes	Yes	Yes	Yes

Sexual and reproductive health⁹: The first draft of the Reproductive Health Policy prioritizes maternal and child health by envisioning continued improvement of the 'Safe Motherhood' programme. It also prioritizes adolescent health and development and highlights the need to increase prevention and management efforts directed towards sexually transmitted infections (STIs) and HIV and AIDS. The Adolescent Reproductive Health Policy seeks to provide accessible, efficient and effective adolescent-friendly health services.¹⁰

SRH ⁴	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate (aged 15-19)		146.8 per 1 000 live births	
Percentage of adolescents who have begun childbearing		28%	
STI rate (aged 15-24) excl. HIV	3.5%	2.4%	5.5%
HIV prevalence (aged 15-24) ¹¹	4.35%	8.75%	6.55%
Incidence of sexual gender-based violence (SGBV) (young women aged 15-24)		16.5%	
Unmet need for FP (aged 15-24) (unmarried)		11.45%	

Behavioural indicators^{4,12}: Country prevalence of HIV is 14.3%. Among those aged 15-24, females have double the prevalence of their male counterparts. Young men have higher levels of HIV and AIDS knowledge and report higher levels of condom use.

Behavioural indicators ^{4,13}	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-19)	16.2%	12.3%	14.25%
Sex before age 15 (aged 20-24)	15.7%	14.8%	15.25%
Prevalence of multiple sexual partners (aged 15-24)	4%	<1%	2.5%
Prevalence of female genital cutting		1% of women aged 15-49	
Prevalence of child marriage	26% of women aged 20-24 report being married before the age of 18.		
Condom use at last sex (aged 15-24)	39%	33%	36%

The adolescent fertility rate in the 15-19 years-old age group remains high, at 146.8 per 1,000 live births, with 28% of young women having begun childbearing. Young women are particularly vulnerable to HIV – that is why the HIV and SE programming approach has to be gender-sensitive.

Services¹⁴: Antiretroviral drugs (ARVs) are available free of charge at public health facilities. Family planning (FP) services are provided through governmental, civil society and private sector channels – despite this fact, 70% of women do not have access to them. Efforts for incorporating HIV and AIDS within FP and reproductive health services have been made. Antenatal care is almost universal, with 91% of women receiving it, and 47% of births occurring under the supervision of a skilled provider.

Access to services ⁴	Male	Female	Total
Married women using any FP method		77.2%	
15- 19-year-olds using contraception	57.7%	56.3%	57%
20 -24-year-olds using contraception	83.6%	79%	81.3%

Access to HIV testing and counselling (aged 15-24): A total of 82.9% of women know where they can be HIV tested; 30.3% have already been tested. A total of 81.6% of men know where they can be HIV tested; 14.1% of men have already been tested.

Availability of young people-friendly services¹⁰: Young people-friendly centres have been used as an access point for providing young people-friendly reproductive health and family planning services. However, these have not been particularly effective – there is a shortage of health workers, and most centres are de facto operated by the young people themselves.

Notes:

1 UNDP, 2011, *Zambia Human Development Report (ZHDR): Service Delivery for Sustainable Human Development*. Lusaka

2 Central Statistical Office, 2010, *2010 Census of Population and Housing Preliminary Population Figures*. Lusaka

3 EMIS 2011

4 DHS 2007

5 EMIS 2011

6 Zambia Education Curriculum Framework, 2013

7 MoH, 2012, *Zambia National Health Policy (NHP)*. Lusaka

8 Zambia Education Curriculum Framework, 2013

9 MoH, *Reproductive Health Policy: First Draft*. Lusaka

10 MoH, 2010, *Adolescent Health Strategic Plan 2011-2015 (ADHSP)*. Lusaka

11 UN, 2011, *UNGASS Zambia Country Report: Monitoring the Declaration of Commitment on HIV and AIDS and the Universal Access*. Lusaka

12 Zambia Sexual Behaviour Survey (ZSBS), 2009

13 ZSBS 2009

14 MoH 2009

ZIMBABWE



Population¹: 12.97 million

Almost 39.5% of the population is less than 15 years old and 38.3% of Zimbabwe's population live in urban areas.

Population below the poverty line (national)²: 72%

Public expenditure on education²: 2.5% of GDP
Public expenditure on health²: 0.0% of GDP

Life expectancy at birth²: 52.7 years

Education⁴: The Ministry of Education, Sport, Arts and Culture launched the Life Skills, Sexuality, HIV and AIDS Education Strategy (2012-2015) to guide the delivery of life skills-based HIV and sexuality education to learners in schools.

Sexuality education⁶: Health and Life Skills education is compulsory in all primary, secondary and tertiary education institutions. HIV and AIDS information is incorporated in all courses. Teachers have been receiving training on the Life Skills and Sexual and Reproductive Health (SRH) curriculum since 1994. Efforts have been made to ensure that religious, community and/or traditional leaders support the HIV prevention approach adopted by the education sector.

Population ³	Male	Female	Total
% children 0-14 years	20.5%	20.1%	40.6%
% young people 15-24 years	11.2%	12.3%	23.5%
% 25 years and over	17.3%	18.6%	35.9%

Education ⁵	Male	Female	Total
Adult literacy rate	96%	94%	95%
Literacy rates 15-24 years	95.2%	96.2%	95.7%
Net enrolment rate primary	96.4%	97%	96.7%
Net enrolment rate secondary	44.9%	49.5%	47.2%

Trained teachers ⁵ (primary)	Teacher-student ratios ⁵		
Male	Female	Primary	Secondary
89.6% aggregated		1:36.4	1:22

Curriculum available	Curriculum type	Examinable
Yes	Life Skills – integrated	Yes

Curriculum content ^{6,7}	Inclusion in core curriculum			
	Lower primary	Upper primary	Lower secondary	Upper secondary
Generic life skills	Yes	Yes	Yes	Yes
Adolescent and reproductive health	No	Yes	Yes	Yes
Sexuality education	Yes	Yes	Yes	Yes
Gender equality and empowerment	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV and AIDS and other STIs	No	Yes	Yes	Yes
Stigma and discrimination	Yes	Yes	Yes	Yes
Family life and interpersonal relations	Yes	Yes	Yes	Yes

Sexual and reproductive health⁸: The National Adolescent Sexual and Reproductive Health (ASRH) Strategy (2010-2015) provides a standard framework for SRH rights programming for young people through a multi-sectoral and coordinated approach. The strategy offers three models for addressing SRH issues faced by adolescents and young people: health facility-based; school-based; and community-based models. It builds on the provisions of the National Maternal and Newborn Health Road Map (2007-2015), which aims to increase availability and use of young people-friendly family planning and HIV prevention services. The National Health Strategy for Zimbabwe (2009-2013) has the explicit objective of addressing the SRH rights needs of young people.

Behavioural indicators^{3,10}: Although adult HIV prevalence has shown a consistent decline, it is still high at 15.3%. HIV transmission remains predominantly sexually driven, accounting for over 80% of the infections. The majority of new infections occur in the 20-29 years-old age group. The percentage of young people aged 15-24 who have correct comprehensive HIV knowledge is currently only 52%. Of young women aged 15-19, 15% have had sexual intercourse with a man 10 or more years older.

Services^{4,11}: Since 2004, the Ministry of Health and Child Welfare has implemented the health facility-based model espoused in the ASRH Strategy as one of the three models to reach adolescents and young people with SRH and HIV and AIDS services. Trained male and female peer educators mobilize young people to increase demand for SRH services through community sensitization campaigns. Young women receive services at antenatal classes, and if found to be HIV positive, nurses assist them in enrolling for the prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) programme. Notable barriers to access to services include service fees, infrastructural limitations, inconsistencies and contradictions in policies and legal instruments.

SRH ^{3,9}	Male	Female	Total
Adolescent fertility rate (aged 15-19) per 1,000 births	-	64.6%	64.6%
Teenage pregnancy rate	-	24%	24%
HIV prevalence (aged 15-24)	3.6%	7.3%	5.5%
Incidence of sexual gender-based violence (SGBV) (aged 15-24)	30% of women aged 15-49 have experienced physical violence since age 15		
Unmet need for family planning (aged 15-24)	-	13.1%	13.1%

Behavioural indicators ³	Male	Female	Total
Sex before age 15 (aged 15-24)	3.9%	3.8%	3.85%
Multiple partners (aged 15-24)	7.7%	1.3%	4.5%
Incidence of child marriage	-	3%	3%
Condom use at last sex (sex with irregular partners) (aged 15-24)	50.5%	38.5%	44.5%

Access to services ³	Male	Female	Total
Married women using all family planning methods	-	58.5%	-
15- 19-year-olds using contraception	-	10.3%	-
20- 24-year-olds using contraception	-	45.0%	-
Access to HIV testing and counselling	The number of testing and counselling sites increased from 1 200 in 2010 to 1 390 in 2011		
Termination of pregnancy	Termination of pregnancy is permitted only to save a woman's life or preserve physical health in the event of rape or incest or due to foetal impairment. It is not permitted on request or on social or economic grounds.		
Availability of young people-friendly services	Young people-friendly corners, which provide a confidential and conducive environment for young people to access SRH services, have been established in 237 health facilities.		

Notes:

- 1 National Census, 2012
- 2 UNDP, 2013, *Human Development Report 2013 - The rise of the South: Human progress in a diverse world*. UNDP: New York
- 3 DHS 2010-11
- 4 National AIDS Council, 2011, *Zimbabwe National HIV and AIDS Strategic Plan (ZNASP II) 2011-2015*
- 5 MOESAC, 2012, *Annual Statistical Report*
- 6 UNESCO, 2012, *Sexuality Education Curriculum Review: Zimbabwe* (unpublished)
- 7 UNESCO, 2012, *Sexuality Education: A ten-country review of school curricula in East and Southern Africa*. UNESCO Regional AIDS Support Team for East and Southern Africa
- 8 Ministry of Health and Child Welfare, 2012, *Standard National Adolescent Sexual and Reproductive Health (ASRH) Training Manual for Service Providers*
- 9 National AIDS Council and ONUSIDA, 2012, *Zimbabwe Country Fact Sheet*
- 10 National AIDS Council, 2011, *Annual Report*
- 11 Ministry of Health and Child Welfare, 2012, *Standard National Adolescent Sexual and Reproductive Health (ASRH) Training Manual for Service Providers*

BIBLIOGRAPHIE

- Africa Public Health Info. (2012). *Africa Reproductive & Sexual Health Scorecard – Highlighting Adolescent Health; Protection of Girl Child/Child 'Marriage'; HIV; MM and Education*. (voir http://www.africanmchcoalition.org/sites/default/files/2012%20RSH%20Scorecard_Highlighting%20Youth_Adolescent%20Health_Child%20Marriage_Educ_MM_HIV.pdf).
- Amnesty International. (2012). *Realising Sexual and Reproductive Rights: A Human Rights Framework*. Londres : Amnesty International.
- Assemblée générale des Nations Unies. (2010). *Report of the United Nations Special Rapporteur on the Right to Education*. 65^e Session. New York : Assemblée générale des Nations Unies.
- Assemblée générale des Nations Unies. (2011). 65/277. *Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida*. Résolution 65^e session 65/277. New York : Assemblée générale des Nations Unies.
- Baryamutuma, S. and Baingana, F. (2011). Sexual, reproductive health needs and rights of young people with perinatally acquired HIV in Uganda. *African Health Sciences*. 11(2), pp. 211–218 (voir <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158520/>).
- Beksinska, M., Rees, H., Kleinschmidt, I. et al. (1999). The practice and prevalence of dry sex among men and women in South Africa: a risk factor for sexually transmitted infections? *Journal of Sexually Transmitted Infections*, 75, pp. 178–180.
- Binet, C., Gastineau, B., and Rakotsoon, L. (2010). Teenage pregnancy in Madagascar: impact on the health of mother and child. *Santé*, 19(3), pp.159–66.
- Birdthistle, I., Dickson, K., Freeman, M., and Javidi, L. (2011). *What impact does the provision of separate toilets for girls at schools have on their primary and secondary school enrolment, attendance and completion? A systematic review of the evidence*. Londres : EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Bongaarts, J. (2008). *Fertility transitions in developing countries: Progress or stagnation*. Population Council. Working Paper No. 7.
- Boonstra, H. (2007). The case for a new approach to sex education mounts: Will policymakers heed the message? in *Guttmacher Policy Review*, 10(2).
- Campagne mondiale pour l'éducation. (2004). *Learning to Survive*. Global Campaign for Education (voir http://gametlibrary.worldbank.org/FILES/11_HIV%20Advocacy%20toolkit%20for%20Education%20Sector%20-%20GCE.pdf).
- Campagne mondiale pour l'éducation. (2010). *Back to School? The worst places in the world to be a school child in 2010*. Global Campaign for Education.
- Central Statistical Office (Swaziland) and Macro International Inc. (2008). *Swaziland Demographic and Health Survey 2006–07*. Mbabane, Swaziland : Central Statistical Office and Macro International Inc.
- Centre for Human Rights. (2011). *Legal and policy issues related to HIV and young people in selected African countries*. Preliminary information – Compiled by the Centre for Human Rights, Faculty of Law, University of Pretoria as part of the African Human Rights Moot Court Competition, 2010.
- Chebii, S. (2010). Menstruation and education: How a lack of sanitary towels reduces school attendance in Kenyan slums in *BUWA! A Journal on African Women's Experiences*. Nairobi : BUWA!.
- Clarke, D., and Aggleton, P. (2012). *Life skills-based HIV education and Education for All*. Background paper prepared for the *Education for All Global Monitoring Report 2012*.
- Commission de l'Union Africaine. (2006a). *Cadre directeur continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction*. Addis-Abeba : Commission de l'Union Africaine.
- Commission de l'Union Africaine. (2006b). *Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique*. Addis-Abeba : Commission de l'Union Africaine.
- Commission on AIDS in Asia. (2008). *Redefining AIDS in Asia: Crafting an effective response – Report of the Commission on AIDS in Asia*. New Delhi : Oxford University Press.
- Commission on Population and Development. (2012). 45^e session, projet de résolution. (http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2012/Agenda%20item%208/Chairs%20Text%20_27April-19h10.pdf).

- Commonwealth Secretariat/ADEA. (2006). *Education sector responses to HIV and AIDS: Learning from good practices in Africa*. Londres : Commonwealth Secretariat.
- Conseil économique et social des Nations Unies. (2012). *Monitoring of Population Programmes, Focusing on Adolescents and Youth*. UN 45^e session. New York.
- Day, E., and Maleche, A. (2011). *Traditional cultural practices and HIV: Reconciling culture and human rights*. Global Commission on HIV and the Law Working Paper for the Third Meeting of the Technical Advisory Group, 7–9 juillet 2011.
- Donovan, P. (1998). School-based sexuality education: the issues and challenges. *Family Planning Perspectives*, 30(4).
- Education for Change. (2012). *Global life skills education evaluation final report (rapport préparé pour l'UNICEF)*. Londres : EFC.
- EQUINET. (2012). *Regional Equity Watch: Assessing progress towards equity in health in East and Southern Africa*. Harare: EQUINET.
- Global Commission on HIV and the Law. (2011). *Report of the Africa Regional Dialogue of the Global Commission on HIV and the Law (Pretoria, 4 August 2011)*. New York : PNUD, HIV/AIDS Practice.
- Global Commission on HIV and the Law. (2012). *Risks, Rights and Health*.
- Groupe de travail inter-agences (IATT) sur le VIH et les jeunes. (2008). *Global guidance briefs: HIV interventions for young people*. New York : UNFPA.
- Guttmacher Institute. (2010). *Les faits sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents dans le monde en développement*. New York : Guttmacher Institute.
- Guttmacher Institute. (2012). *Making abortion services accessible in the wake of legal reforms: a framework and six case studies*. New York : Guttmacher Institute.
- Han, J., and Bennish, M. (2009). Condom access in South African schools: Law, policy, and practice. *PLoS Medicine*, 6(1), pp. 25–29.
- Human Science Research Council (HSRC). (2009). *Teenage pregnancy in South Africa – with a specific focus on school-going learners*. Pretoria : Human Sciences Research Council on behalf of the Department of Basic Education, avec le soutien de l'UNICEF.
- International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. (2009). *Un Seul Programme; Guide et Activités pour une approche pédagogique unifiée de la sexualité, du genre, du VIH et des droits humains*. New York : Population Council.
- IPPF. (2011). *From Evidence to action: Advocating for comprehensive sexuality education*. International Planned Parenthood Federation.
- IPPF. (2012a). *Exploring new territories: Dialogues from a consultative meeting on comprehensive sexuality education*. Londres : International Planned Parenthood Federation, 5 - 6 mars 2012.
- IPPF. (2012b). *Office of the High Commissioner for Human Rights: Study on Children's Right to Health*. Soumission par International Planned Parenthood Federation.
- Kirby, D. (2007). *Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases*. Washington : The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- Kirby, D. (2012). *The impact of sex education on the sexual behaviour of young people*. New York : ECOSOC Population Division Expert Paper No. 2011/12.
- Klepp, K., Flisher, A., and Kaaya, S. (Eds.). (2008). *Promoting adolescent sexual and reproductive health in East and Southern Africa*. Le Cap : HSRC Press.
- Lamb, M.R., El-Sadr, W.M., Geng, E., and Nash, D. (2012). Association of Adherence Support and Outreach Services with Total Attrition, Loss to Follow-Up, and Death among ART Patients in Sub-Saharan Africa. *PLoS ONE* 7(6): e38443. doi:10.1371/journal.pone.0038443.
- Lancet*. (2012). A manifesto for the world we want. 380(9857), p. 1881.
- Lie, G.-T. (2008). Ethical dilemmas in adolescent reproductive health promotion. *Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa*. Pretoria : HSRC (pp.76–95).
- Luke, N. (2008). *Confronting the sugar daddy stereotype: age and economic asymmetries and risky sexual behaviour in urban Kenya* in Leclerc-Madlala, S. (2008). Age-disparate and intergenerational sex in southern Africa: the dynamics of hyper-vulnerability, AIDS (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19033752>).
- Mah, T., and Halperin, D. (2010). *Concurrent sexual partnerships and the HIV epidemics in Africa: evidence to move forward*. Boston : AIDS Prevention Research Project, Harvard School of Public Health.
- Maticka-Tyndale, E. (2012). Condoms in Sub-Saharan Africa. *Sexual Health*, 9, pp. 59–72.


- McCauley, A. (2004). *Equitable access to HIV counseling and testing for youth in developing countries: A review of current practice*. Washington : Horizons Program/International Center for Research on Women.
- Meiberg, A., Bos, A., Onya, H., and Schaalma, P. (2009). Fear of stigmatization as barrier to voluntary HIV counselling and testing in South Africa. *East African Journal of Public Health*. 5(2), pp. 49–54.
- Miller, C. (2007). *Children affected by AIDS: a review of the literature on orphaned and vulnerable children*. Health and Development Discussion Paper No 10. Boston : Center for International Health and Development Boston University.
- Ministère du Plan et Macro International. (2008). *Enquête Démographique et de Santé, République démocratique du Congo 2007*. Calverton, Maryland : Ministère du Plan et Macro International.
- Ministry of Health (Rwanda), National Institute of Statistics of Rwanda (NISR) and ICF Macro. (2009). *Rwanda Interim Demographic and Health Survey 2007–08*. Calverton, Maryland : MOH, NISR and ICF Macro.
- Mishra, V., and Bignami-Van Assche, S. (2008). *Orphans and Vulnerable Children in High HIV Prevalence Countries in Sub-Saharan Africa*. DHS Analytical Studies No. 15. Calverton, Maryland : Macro International Inc.
- Mishra, V., and Bignami-Van Assche, S. (2009). *Concurrent sexual partnerships and HIV infection: Evidence from national population-based surveys*. DHS Working Papers, No. 62. Maryland : USAID.
- Munthali, A., Chimhiri, A. and Zulu, E. (2004). *Adolescent sexual and reproductive health in Malawi: a synthesis of research evidence*. Occasional Report No. 15. Décembre 2004. Washington : Guttmacher Institute.
- Nations Unies. (2012). *MDG Report 2012*. New York : Nations Unies.
- Nations Unies. (2013). *A New Global Partnership: Eradicate poverty and transform economies through sustainable development: The report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda*. Nations Unies.
- Nzioka, C. and Ramos, L. (2008). *Training teachers in an HIV and AIDS context: Experiences from Ethiopia, Kenya, Uganda and Zambia*. Paris : Institut international de planification de l'éducation.
- OCDE Centre de Développement. (2012). *Social institutions and gender index: understanding the drivers of gender inequality*. Paris : Organisation de Coopération et de Développement Économiques.
- Olson, R. (2012). *ESAR-HIV prevention & young people: some issues for discussion*. Presentation prepared for the Regional HIV Prevention Working Group Young People Team (UNICEF, UNFPA, UNESCO). Novembre 2012.
- OMS. (2008a). *Global Burden of Disease (2004 Update)*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2008b). *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2008c). *Family Life, Reproductive Health, and Population Education: Key elements of a health-promoting school*. Information Series on School Health Document 8. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2010). *How to integrate water, sanitation and hygiene into HIV Programmes*. Genève : Organisation mondiale de la Santé (OMS)/United States Agency for International Development (USAID).
- OMS. (2011). *The sexual and reproductive health of younger adolescents: Research issues in developing countries*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2012a). *Consent for HIV Testing: A discussion of current issues and practices for adolescents (WHO Working Paper)*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2012b). *From Evidence to Policy: Expanding access to family planning – Expanding access to contraceptive services for adolescents*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2012c). *Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): A Strategic HTC Programme Framework*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2013). *Guidance for HIV testing and counselling (HTC) for adolescents and treatment and care for adolescents living with HIV: Recommendations for a public health approach*. Projet, non publié.
- OMS. FNUAP, UNICEF. (1999). *Santé et Développement de l'Adolescent: pour une programmation efficace*. Genève : Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF).
- OMS/UNICEF. (2010). *Policy requirements for HIV testing and counselling of infants and young children in health facilities*. Genève : Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF).
- ONUSIDA. (2007). *Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programmes. A resource for national stakeholders in the HIV response*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).


- ONUSIDA. (2010). *Objectif: Zéro 2011–2015 Stratégie*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).
- ONUSIDA/Population Council. (2011). *Situation assessment of the HIV response among young people in Zambia*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).
- ONUSIDA. (2011). *Assurer l'avenir aujourd'hui : Synthèse de l'information stratégique sur le VIH et les jeunes*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).
- ONUSIDA. (2012). *Rapport Mondial sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).
- Plan. (2011). *Breaking Vows: Early and Forced Marriage and Girls' Education* (voir <http://www.plan-uk.org/resources/documents/Breaking-Vows-Early-and-Forced-Marriage-and-Girls-Education/>).
- PNUD. (2011). *Rapport sur le développement humain 2011– Durabilité et équité : Un meilleur avenir pour tous*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).
- Population Reference Bureau. (2009). *Family planning saves lives*. Fourth edition. Washington, DC : Population Reference Bureau.
- Population Reference Bureau. (2012). *World Population Data Sheet*. Washington, DC : Population Reference Bureau.
- Rapport mondial de suivi sur l'EPT*. (2013). *Regional Fact Sheet – Education in Eastern Africa*. Paris, UNESCO.
- Restless Development. (2013). *Mabinti Tushike Hatamu!* Rapport préliminaire, non publié.
- SACMEQ. (2010). How successful are HIV/AIDS prevention education programmes? *SACMEQ Policy Issue Series*, 3.
- SACMEQ. (2011). Pupil and teacher knowledge about HIV and AIDS in Mozambique. *SACMEQ Policy Brief*, 5.
- SADC. (2003). *Maseru Declaration on the Fight Against HIV/AIDS in the SADC Region*. Gaborone : Southern African Development Community (SADC) Secretariat.
- SADC. (2009). *Protocol on Gender and Development*. Gaborone : Southern African Development Community (SADC) Secretariat.
- SADC Parliamentary Forum. (2008). *Model Law on HIV and AIDS in Southern Africa*. Gaborone : Southern African Development Community (SADC).
- SADC Secretariat/UNESCO/UNICEF. (2010). *Colloquium Report on "Reinvigorating Education Sector Responses to HIV and AIDS in East and Southern Africa"*. 15–17 septembre 2010, Johannesburg.
- Saito, M. (2011). *Violence in Primary Schools in Southern and Eastern Africa – Evidence from SACMEQ, Workshop on Preventing Violence Against Women – Linking Research and Policy*, IIEP. (voir http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/preventing_violence_saito.pdf).
- Schwandt, M., Morris, C., Ferguson, A., Ngugi, E., and Moses, S. (2006). Anal and dry sex in commercial sex work, and relation to risk for sexually transmitted infections and HIV in Meru, Kenya. *Journal of Sexually Transmitted Infections*, 82, pp. 392–396.
- SWANNEPHA. (2011). *Stigma Index Report – Swaziland*. Mbabane : Swaziland National Network of People Living with HIV and AIDS.
- Swedish Association for Sexuality Education. (2004). *Breaking through: a guide to sexual and reproductive health and rights*. Stockholm : RFSU.
- Tolmay, S. (2011). *Audit of the SADC Declaration on Gender and Development Education*, Johannesburg : Gender Links.
- UNESCO. (2007). *Review of sex, relationships and HIV education in schools*. Prepared for the first meeting of UNESCO's Global Advisory Group meeting 13–14 décembre 2007. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).
- UNESCO. (2009a). *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé (Volume 1 – Le bien-fondé de l'éducation sexuelle)*. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).
- UNESCO. (2009b). *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé (Volume 2 – Thèmes et objectifs d'apprentissage)*. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).
- UNESCO. (2010). *Leviers du succès : programmes nationaux d'éducation sexuelle, études de cas*. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).

- UNESCO. (2011a). *Stratégie de l'UNESCO en matière de VIH et sida*. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).
- UNESCO. (2011b). *Programmes d'éducation sexuelle à l'école : Analyse de coût et de rapport coût-efficacité dans six pays*. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).
- UNESCO. (2011c). *Brochure 6: Formation initiale des enseignants. Politiques rationnelles et bonnes pratiques sur l'éducation et le VIH & sida* (série de brochures). Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).
- UNESCO/UNICEF/SADC/ONUSIDA . (2012a). *Education and HIV & AIDS: Bold Targets; Bold Responses. A review of HIV and AIDS policy responses and implementation in the SADC region*. Johannesburg : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).
- UNESCO. (2012b). *Positive Learning: Meeting the needs of young people living with HIV (YPLHIV) in the education sector*. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et GNP+ (Global Network of Young People Living with HIV/AIDS).
- UNESCO. (2012c). *2011–2012 Education HIV and AIDS Global Progress Survey*. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).
- UNESCO Institut de statistique. (2012). *Opportunities lost: The impact of grade repetition and early school leaving. Global Education Digest 2012*.
- UNFPA. (2008). *Global Guidance Briefs : HIV interventions for young people*. Groupe de travail inter-agences (IATT) sur le VIH et les jeunes. New York : Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).
- UNFPA. (2010). *Comprehensive sexuality education: Advancing human rights, gender equality and improved sexual and reproductive health. A report on an International Consultation to Review Current Evidence and Experience*, Bogotá, Colombie, décembre 2010. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA).
- UNFPA. (2011). *Framework for Action on Adolescents and Youth: Opening doors with young people*. New York : Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA).
- UNFPA. (2012a). *Marrying too young: End child marriage*. New York : Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA).
- UNFPA. (2012b). *State of the World Population 2012: By choice, not by chance – family planning, human rights and development*. New York : Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA).
- UNFPA. (2012c). *Status Report: Adolescents and young people in sub-Saharan Africa*. New York : Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) (voir <http://www.prb.org/pdf12/status-report-youth-sub-Saharan-Africa.pdf>).
- UNFPA. (2008). *Outlook 25th Anniversary Issue*. 25(1).
- UNFPA/PRB. (2012). *Status Report – Adolescents and young people in sub-Saharan Africa*. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Population Reference Bureau (PRB) (voir <http://www.prb.org/pdf12/status-report-youth-sub-Saharan-Africa.pdf>).
- UNICEF/ONUSIDA. (2006). *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations: Children Affected by AIDS*. New York : Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).
- UNICEF/SADC. (2010). *Draft Report on Reinvigorating Education Sector Responses to HIV and AIDS in East and Southern Africa*. Colloque tenu en Afrique du Sud, Johannesburg, 15–17 septembre 2010.
- UNICEF. (2011). *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from early adolescence to young adulthood*. New York : Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF).
- UNICEF. (2013). *State of the World's Children*. New York : Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF).
- Wallace, A. (2011). *Adolescent pregnancy and policy responses in Uganda*. Africa Portal Backgrounder No. 14, novembre 2011.
- WaterAid. (2011). *School menstrual hygiene management in Malawi : More than toilets*. Londres : WaterAid.
- Were, M. (2007). *Determinants of teenage pregnancies: the case of Busia District in Kenya*. Economics and Human Biology. 5(2), pp. 322–39. Epub 2007.
- Wood, K., and Aggleton, P. (2010). *Promoting young people's sexual and reproductive health: Stigma, discrimination and human rights*. Londres : University of London.



www.youngpeopletoday.net

 #yptcampaign

 Young People Today

Pour plus d'information :
www.unesco.org/sexuality-education

