

Engagement de l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour des adolescents et des jeunes éduqués, en bonne santé et épanouis

« ÉCOUTER, COMPRENDRE, AGIR »



Analyse
de la situation
Juillet 2021

Ce rapport a été commandé par le groupe de travail technique sur l'engagement de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et rédigé par Audrey Kettaneh.

Membres du Groupe de travail technique :

UNESCO, UNFPA, AfriYAN, Alliance des jeunes Ambassadeurs pour la PF, ECOWAS, EngenderHealth, Equipop, Humanity & Inclusion, Intrahealth, IPPF, MSI Reproductive Choices, OMS, ONU Femmes, ONUSIDA, OOAS, Plan international, UCPO, UNICEF.

Avec le soutien de :



Engagement de l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour des adolescents et des jeunes éduqués, en bonne santé et épanouis

« ÉCOUTER, COMPRENDRE, AGIR »

Analyse de la situation
Juillet 2021





Sommaire

Résumé	4
L'Afrique de l'Ouest et du Centre	6
La situation des adolescents et des jeunes en AOC	12
L'éducation	13
La santé	16
L'égalité de genre	28
Les programmes efficaces	38
Les services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux adolescents et aux jeunes	39
Les programmes d'éducation et d'information complètes	41
Les opportunités pour une réponse intégrale et efficace	49
Conclusion	54



Résumé

Résumé

Avec une population croissante d'adolescents et de jeunes, la région d'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) fait face à une opportunité sans précédent de récolter un dividende démographique si cette population est éduquée, en bonne santé et employée. Cependant, des obstacles majeurs - notamment le manque d'accès à une éducation de qualité et les taux élevés d'abandon scolaire, de violence basée sur le genre (VBG) et de grossesses précoces et non désirées (GPND) - devront être surmontés pour y parvenir. Répondre à ces besoins fait partie des priorités de l'Agenda 2063 de l'Union africaine et des Objectifs de développement durable (ODD) relatifs à la santé, à l'éducation et à l'égalité de genre. Les dirigeants des secteurs de la santé et de l'éducation de la région ont souligné l'urgence de répondre aux besoins des jeunes lors de divers forums. Notamment, plus de 120 représentants de 22 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont convenu d'une feuille de route pour l'établissement d'un Engagement d'Afrique de l'Ouest et du Centre pour des adolescents et des jeunes éduqués, en bonne santé et épanouis (Engagement d'Afrique de l'Ouest et du Centre) afin de promouvoir le plein accès à une éducation et une information complètes (EIC) et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (SDSR) pour les adolescents et les jeunes, ce qui nécessite une volonté politique plus forte et des efforts accrus.

Ce rapport présente des données sur le statut des adolescents et des jeunes en AOC en ce qui concerne les indicateurs clés affectant leur bien-être. Les domaines thématiques couverts sont l'éducation, la santé et l'égalité de genre. Des progrès significatifs ont été réalisés dans le secteur de l'éducation pour réduire le nombre d'enfants non scolarisés, cependant, les progrès ne sont pas uniformes et des disparités entre les sexes subsistent, généralement au détriment des filles. Les taux de natalité dans la région pour les filles âgées de moins de 18 ans sont parmi les plus élevés au monde, ce qui contribue à l'abandon précoce de l'école et à de graves complications

sanitaires. Les faibles niveaux de connaissances correctes sur le VIH et sur la période fertile de la reproduction montrent l'urgence d'une EIC pour les adolescents et les jeunes. En outre, les obstacles tels que l'inaccessibilité, le caractère inabordable ou inadapté des services existants aux besoins spécifiques des adolescents et des jeunes empêchent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive.

L'inégalité de genre est une question transversale importante. Le genre et d'autres normes sociales entraînent des risques sanitaires accrus pendant l'adolescence, une période où les adolescents ont le moins accès aux services préventifs et curatifs. Le mariage d'enfants, en particulier, est un facteur de risque de grossesse précoce, avec les complications sanitaires qui en découlent pour les adolescentes et les jeunes femmes. Il est également lié aux abandons scolaires, privant les filles des effets protecteurs de l'éducation. Les TIC prennent de plus en plus d'importance et l'accès aux réseaux sociaux (via les téléphones portables) et aux médias (télévision, radio) se développe, bien qu'il existe des disparités d'accès entre les zones urbaines et rurales. Si les filles et les jeunes femmes ont moins accès au numérique que leurs homologues masculins, les TIC représentent néanmoins une opportunité de fournir des informations aux adolescents et aux jeunes.

Enfin, le rapport présente les opportunités que la région peut exploiter pour répondre aux besoins des adolescents et des jeunes de manière globale et efficace. Il démontre que même avec des ressources limitées, il est possible pour la région d'obtenir des résultats positifs en matière de santé, d'éducation et de bien-être des adolescents et des jeunes. L'engagement de l'AOC sera un catalyseur indispensable pour débloquent des ressources, encourager la collaboration intersectorielle et développer des programmes d'éducation et des services de santé efficaces qui conduiront le développement de la région vers la vision partagée d'un continent africain prospère.



L'Afrique de l'Ouest et du Centre



L'Afrique de l'Ouest et du Centre

Le contexte

En Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC)¹, 64% de la population est âgée de moins de 24 ans², et la population adolescente (10-19 ans) de la région devrait augmenter de 37% d'ici 2030 (passant de 120 millions à 164 millions)³. Si cette population était éduquée, en bonne santé, et bénéficiait d'un emploi décent, la région pourrait alors profiter du dividende démographique. Des obstacles majeurs existent, tels que le manque d'accès à une éducation de qualité, la déscolarisation, les violences basées sur le genre (VBG), et les grossesses précoces et non désirées (GPND).

Répondre à ces besoins est inscrit dans les priorités de l'Agenda 2063⁴ de l'Union africaine et des Objectifs de développement durable (ODD) de santé, d'éducation, et de l'égalité entre les sexes (Objectifs 3, 4 et 5)⁶. L'Agenda 2063, qui œuvre vers une « *Afrique intégrée, prospère et pacifique, dirigée par ses propres citoyens, et représentant une force dynamique sur la scène mondiale* », a comme objectifs pour la région (entre autres) :

- « Un niveau et une qualité de vie élevés, une bonne santé et le bien-être.
- Des citoyens bien instruits et la révolution des compétences soutenue par la science, la technologie et l'innovation.
- L'égalité complète entre les hommes et les femmes dans toutes les sphères de la vie.
- Une jeunesse engagée et responsabilisée ».

¹ Le rapport couvrira de manière générale les 25 pays de la région : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo (RDC), Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, et Togo.

² Bureau Régional Afrique de l'Ouest et du Centre (UNFPA WCARO). Transformer et Améliorer les Vies. Une Région Une Mission. Rapport Annuel 2015.

³ UNICEF. Mai 2019. Adolescent girls' health and well-being in West and Central Africa.

⁴ <https://au.int/fr/agenda2063/vue-ensemble> (Consulté le 18 mai 2020).

Cibles des ODD, d'ici à 2030 :



3.7 Assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative.



4.1 Faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons suivent, sur un pied d'égalité, un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité, qui débouche sur un apprentissage véritablement utile.



4.7 Faire en sorte que tous les élèves acquièrent les connaissances et compétences nécessaires pour promouvoir le développement durable, notamment par l'éducation en faveur du développement et de modes de vie durables, des droits de l'homme, de l'égalité des sexes...



5.2 Éliminer toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles.



5.3 Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine.



⁵ <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/> (Consulté le 18 mai 2020).

⁶ De nombreux autres documents régionaux sont pertinents : la Conférence panafricaine de haut niveau sur l'éducation ; La Déclaration de Nairobi et Appel à l'action sur l'éducation (2018) ; la Déclaration d'Addis-Abeba sur la population et le développement en Afrique après 2014 (2013) ; la Position africaine commune sur mettre fin au mariage des enfants en Afrique ; et le Plan d'action de Maputo pour l'opérationnalisation du cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et reproductive et les droits liés à la reproduction.

Effets prévus de l'Engagement de l'AOC

- Impulsion du passage à l'échelle des programmes d'éducation et de promotion et d'accès aux services de qualité en réponse aux grossesses précoces et non désirées, au VIH, aux VBG et la consommation des substances psychoactives.
- Renforcement du plaidoyer.
- Intégration accélérée et institutionnalisation de l'EIC dans les stratégies nationales et infranationales.
- Une meilleure collaboration entre les secteurs de l'éducation et de la santé – y compris la mise en œuvre simultanée de l'EIC et des services de SSR – et entre les parties prenantes en général.
- Mobilisation accrue des partenaires, y compris les bailleurs de fonds autour d'un agenda commun.
- Des plans de travail annuels par pays, avec suivi régulier des résultats.



L'éducation et la santé étant au cœur des engagements internationaux et des programmes gouvernementaux en AOC, et conscients des défis auxquels les adolescents et jeunes sont confrontés, les représentants de 17 pays ont lancé un appel (Appel de Dakar, 2015⁷) pour un engagement politique de haut niveau. En novembre 2018, lors d'une conférence sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) et l'éducation et l'information complètes⁸ (EIC) ayant réuni plus de 120 représentants de 22 pays de l'AOC, les liens entre santé, résultats scolaires et déscolarisation furent discutés et les causes identifiées. Pour la plupart des pays, la lutte contre les grossesses précoces et non désirées (GPND), la précocité des premiers rapports sexuels, les mariages d'enfants, le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST), la consommation de substances psychoactives, les violences sexuelles et basées sur le genre, la déscolarisation et en faveur de l'accès à l'école et à l'éducation, sont des priorités nécessitant un renforcement de la volonté politique et une intensification des efforts. Cette conférence a

conduit à la production d'une feuille de route pour l'établissement d'un *Engagement de l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour des adolescents et des jeunes éduqués, en bonne santé et épanouis* (l'Engagement de l'AOC).

L'Engagement de l'AOC envisage des adolescents et des jeunes en bonne santé, éduqués, responsables, acteurs du développement de leurs famille, communauté et pays. Il répond aux grossesses précoces et non désirées (GPND), aux mariages d'enfants, aux IST et VIH, à la consommation de substances psychoactives, aux violences sexuelles et violences basées sur le genre, et aux faibles niveaux d'éducation. En mettant l'accent sur l'éducation, la santé, l'égalité des genres, l'équité et l'autonomisation des adolescents et jeunes, l'Engagement contribuera à mettre en œuvre la Feuille de route de l'Union africaine pour tirer pleinement profit du dividende démographique (2016) et la Stratégie continentale d'éducation pour l'Afrique (CESA 2016-2025).

⁷ Conférence régionale sur l'éducation à la santé de la reproduction, Dakar, 7-9 Octobre, 2015. Appel à l'action : pour accélérer la mise en œuvre de l'éducation sur le VIH, les grossesses chez les adolescentes et les violences basées sur le genre en AOC et pour une augmentation de la qualité et de la couverture de l'éducation à la santé de la reproduction en AOC.

⁸ Les Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle font référence aux termes « éducation complète à la sexualité (ECS) », tout en reconnaissant

que les orientations doivent être adaptées en fonction du contexte de mise en œuvre des programmes. Pour ce motif le présent rapport utilisera les termes « éducation et information complètes (EIC) », que l'ensemble des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont adoptés dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030, en 2021.



Crédit photo : ©Plan International

La taille des budgets alloués à l'éducation et la santé, tout comme les efforts considérables mis en œuvre pour répondre aux besoins des adolescents et jeunes, attestent de l'importance de ces secteurs dans la région. Tous les pays de la région ont des programmes d'éducation à la santé et à la sexualité, et des programmes de SSR. L'Engagement de l'AOC appuie les programmes et efforts nationaux existants tels que ceux ciblant les GPND, tout en créant un environnement favorable à la mise en œuvre à plus grande échelle de ces programmes.

L'Engagement de l'AOC est d'autant plus important que la croissance démographique de la région est exponentielle. Le taux de fécondité élevé et l'augmentation de l'espérance de vie seront responsables d'une croissance démographique élevée, qui variera selon les pays. Le Niger, avec un taux de fécondité de près de 7 enfants par femme, devrait connaître la plus forte croissance (près de 3 fois la population actuelle en 2050), suivi du Mali, du Burkina Faso et du Bénin. Le Nigéria, bien qu'ayant un taux de croissance moins élevé, pourrait devenir le troisième pays le plus peuplé au

monde après l'Inde et la Chine, avec 401 millions d'habitants⁹.

Les pays de la région espèrent tirer profit du dividende démographique grâce à la proportion élevée d'adolescents et jeunes, mais, pour ce faire, ceux-ci doivent être en bonne santé, éduqués et avoir un emploi décent. Faute de contrôle, dans les contextes où les ressources humaines et financières sont limitées, la croissance démographique aura un impact sur la capacité des gouvernements de la région à fournir des services essentiels tels que la santé et l'éducation.

Le dividende démographique correspond à la croissance économique potentielle liée à l'évolution de la pyramide des âges d'une population, principalement lorsque la proportion de la population active (15 à 64 ans) est supérieure à celle des personnes n'étant pas ou plus en âge de travailler (14 ans et moins, 65 ans et plus)¹⁰.



Crédit photo : ©Plan International

⁹ UN DESA. World Population Prospects 2019.

¹⁰ <http://www.unfpa.org/fr/le-dividende-d%C3%A9mographique> (Consulté le 30 mars 2020).

L'éducation et la santé, des bases essentielles pour un développement durable

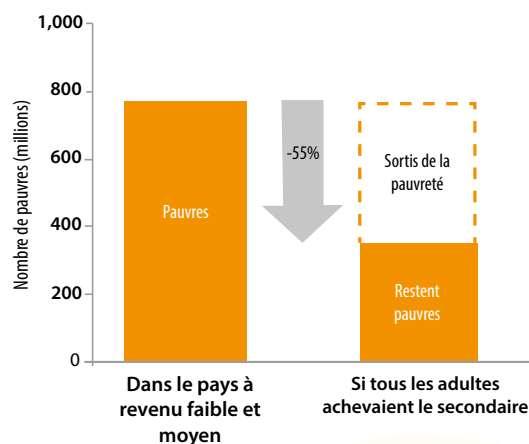
Une population instruite est l'une des conditions préalables à la croissance économique et à la réduction de la pauvreté¹¹. La non-scolarisation et le manque de compétences aggravent les inégalités sociales et la vulnérabilité des individus. Elles nuisent, par ricochet, à la croissance économique et ralentissent la réduction de la pauvreté. Il est estimé que l'accession à l'enseignement primaire et secondaire universel permettrait à plus de 420 millions de personnes de sortir de la pauvreté (graphique ci-contre), et que les effets seraient particulièrement importants en Afrique subsaharienne¹². En moyenne, on estime que, dans la région, une année d'étude augmente les revenus du salaire de 12% (14,5% pour les femmes)¹³.

Contribuer au développement d'un pays requiert non seulement d'améliorer l'accès à une éducation de qualité, mais aussi de maintenir les enfants, adolescents et jeunes dans le système éducatif et d'améliorer leurs capacités d'apprentissage. L'une des causes de l'absentéisme, de l'abandon scolaire et d'une capacité d'apprentissage amoindrie est la santé. Chez les adolescents et jeunes, les grossesses précoces, les VBG, les problèmes de nutrition et le mariage d'enfants ont un impact majeur sur l'éducation. La conjonction de défaillances sur les plans de la santé, de l'éducation, de la pauvreté, et du développement met en péril le dividende démographique.

La santé et la réussite scolaire des adolescents et jeunes sont influencées par des déterminants sociaux à tous les niveaux, qu'ils soient personnels, familiaux, communautaires ou nationaux¹⁴. Différents facteurs – tels que la pauvreté, l'accès à l'éducation et aux services de santé, le cadre légal et politique, l'accès à l'information et aux connaissances, les inégalités de genre, les relations intrafamiliales, communautaires et entre pairs,

la violence et l'abus de substances, ainsi que les normes et valeurs socioculturelles affectent la santé et l'éducation¹⁵. D'autres facteurs ont aussi un impact, tels que l'accès aux infrastructures et services, l'instabilité géopolitique, les conflits et les crises humanitaires. Il est donc impératif de donner aux adolescents et jeunes, par le biais de connaissances, d'attitudes et de compétences, les moyens de mieux gérer ces déterminants dans la vie quotidienne, au sein de leur famille et de leur communauté, avec leurs pairs et dans les écoles.

Effet estimé d'achèvement du cycle secondaire universel sur le nombre de pauvres



« C'est durant l'adolescence que l'individu acquiert les ressources physiques, cognitives, émotionnelles, sociales et économiques qui sont les fondations pour la santé future, le bien-être et la réussite scolaire »¹⁶.

¹¹ Institut de statistique de l'UNESCO (ISU) et Rapport mondial de suivi sur l'éducation (Rapport GEM). Réduire la pauvreté dans le monde à travers l'enseignement primaire et secondaire universel. Document d'orientation 32 / Bulletin d'information 44. Juin 2017.

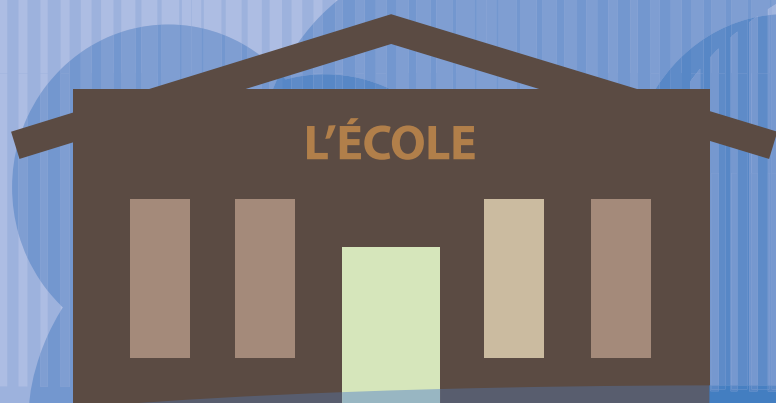
¹² Ibid.

¹³ Montenegro et Patrinos. September 2014. Policy Research Working Paper 7020. Comparable Estimates of Returns to Schooling around the World. The World Bank, Education Global Practice Group.

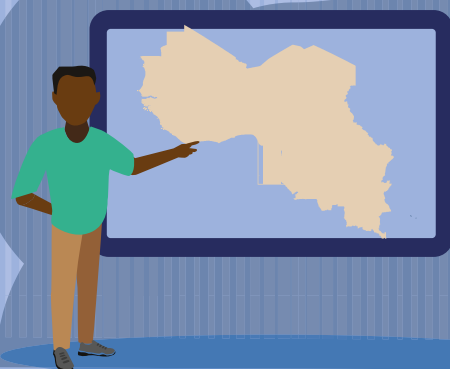
¹⁴ Patton, G. C. 2012. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet*, 379: 1665–75.

¹⁵ Russell M Viner, E. M. 2012. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379: 1641–52.

¹⁶ Traduit de Patton, G.C.; et al. 2016. Our future: a Lancet commission on adolescent health. *The Lancet*. 2423-2478.



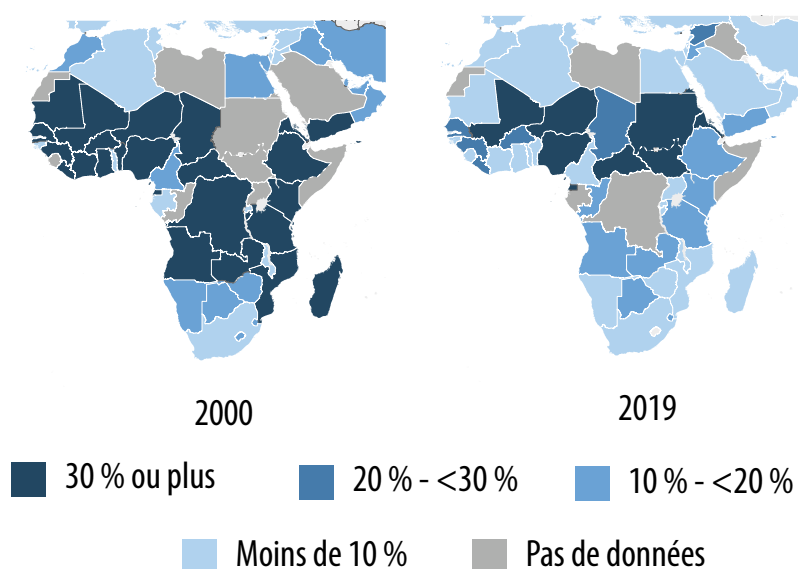
La situation des adolescents et des jeunes en AOC



La situation des adolescents et des jeunes en AOC

L'éducation

Pourcentages d'enfants non scolarisés en âge de fréquenter l'école primaire¹⁷



Des progrès notables sont constatés dans le secteur de l'éducation en AOC. Entre 2000 et 2019, la région a considérablement réduit le taux d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire non scolarisés (voir graphique ci-dessus). Le taux de fréquentation scolaire dans le secondaire s'est aussi amélioré. Les données pour 1996-2004 indiquent que 25% des garçons et 21% des filles fréquentaient l'école secondaire¹⁸. Ces taux se hissent à 39% et 36% en 2010-2016¹⁹.

Cependant, au moins 23 millions²⁰ d'enfants, adolescents et jeunes ne sont toujours pas

scolarisés en AOC (sachant que ce nombre pourrait doubler si les 25 pays de l'AOC étaient inclus dans les statistiques). Les estimations de l'Institut de statistique de l'UNESCO (ISU) sur les taux de non-scolarisation des adolescents (des deux sexes) montrent une amélioration au fil du temps. En dix ans, le Niger a fait plus de progrès qu'entre 1975 et 2000 (voir graphique de l'ISU ci-dessous). Pourtant, la croissance démographique implique que le nombre d'adolescents non scolarisés au Niger a grimpé de 493 000 en 1981 à 1,3 million en 2017.

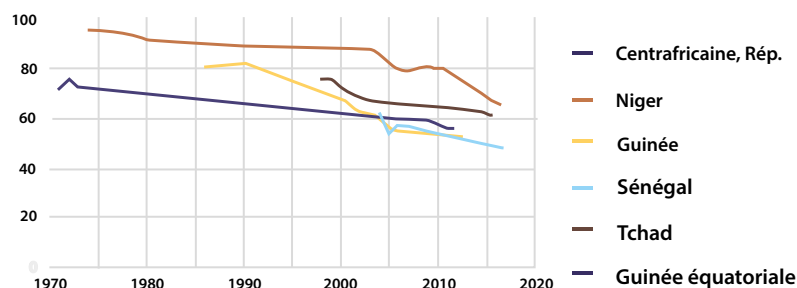
¹⁷ Données et graphique de l'Institut de Statistiques de l'UNESCO. <https://tellmaps.com/uis/oosc/#/tellmap/-528275754?lang=fr> (Consulté le 20 avril 2020).

¹⁸ UNICEF. 2006. State of the World's Children Statistical Tables.

¹⁹ Ibid.

²⁰ L'Institut de statistique de l'UNESCO. <http://data.uis.unesco.org/index.aspx?lang=fr&SubSessionId=e2fad8a7-af97-4b8d-9a9d-247b8e1c57e6&themetreeid=200> (Consulté le 18 mai 2020).

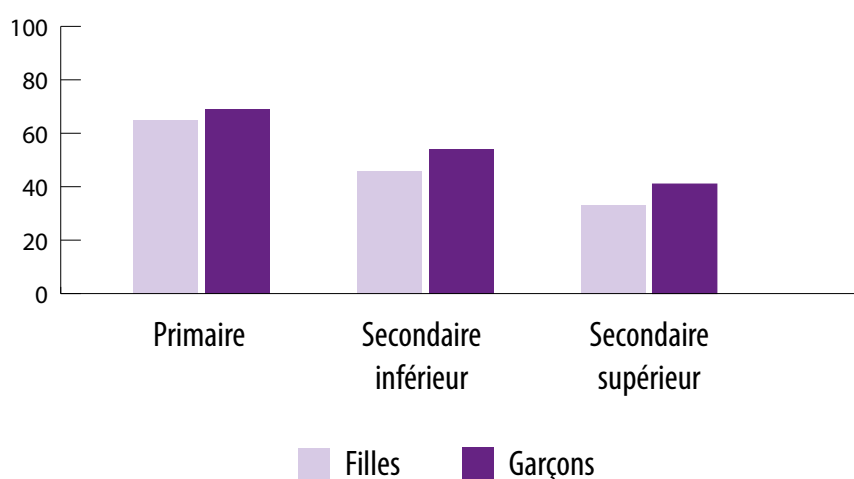
Pays ayant des taux élevés d'enfants non scolarisés d'âge du premier cycle de l'enseignement secondaire



Les progrès dans le secteur de l'éducation ne sont pas uniformes. Des disparités entre les sexes et entre les pays persistent. Dans deux pays de la région, seule une fille sur trois atteint la dernière année de l'école primaire et 50% des garçons. Ces chiffres contrastent avec ceux d'un autre pays de la région, dans lequel 95% des filles et 93% des garçons terminent le cycle primaire. Le Ghana, Cabo Verde, le Togo et Sao Tomé-et-Principe ont les taux les plus élevés de scolarisation et le moins de disparités entre les sexes. Dans certains pays, la disparité favorise les filles, comme au Burkina Faso,

Burundi, Cabo Verde, Mauritanie, Sao Tomé-et-Principe et Sénégal, mais dans la majorité des cas, elle est plutôt en faveur des garçons. Par ailleurs, en AOC, la disparité entre les sexes se creuse avec l'âge : elle est de 8 points de pourcentage au premier et deuxième cycle du secondaire, contre 4 points au primaire²¹. Seulement 33% des filles de la région achèvent leurs études. La disparité des taux d'achèvement entre les sexes se répercute sur le taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans) : en 2019, ce dernier était de 73% pour les garçons et 60% pour les filles²².

Taux d'achèvement pour l'AOC



²¹ UNICEF. 2019. State of the World's Children Statistical Tables.

²² Ibid.



« C'est la fille qui paye la grossesse. Le garçon va à l'école et elle ne peut pas ».

Pasteur Jumien Aye Yapi, ARSIP, Côte d'Ivoire

Crédit photo : ©UNESCO

En 2019, l'AOC avait les taux d'adolescents en âge de fréquenter le premier cycle de l'enseignement secondaire, mais non scolarisés, les plus élevés du monde²³. Les VBG, y compris celles en milieu scolaire, les mariages d'enfants, les grossesses précoces et non désirées, les normes sociales concernant le rôle des filles au sein du groupe familial, ainsi que la situation de précarité lors des crises humanitaires, contribuent à l'abandon scolaire des filles à partir de la puberté. Seuls quatre pays ont une législation nationale forte relative au droit à l'éducation des filles enceintes et des mères, et trois autres pays permettent à la fille enceinte de rester à l'école et ne prescrivent pas d'absence obligatoire après l'accouchement²⁴. L'absence de mesures explicites protégeant le droit à l'éducation des filles enceintes et des mères a comme conséquence qu'un grand nombre de ces filles seront exclues de l'école dans ces pays.

Aucune donnée sur l'éducation non formelle et sur l'enseignement et la formation techniques et professionnels (EFTP) n'est disponible au niveau régional, mais tous les pays de l'AOC mettent en œuvre ces programmes d'éducation. L'EFTP peut jouer un rôle important pour fournir aux apprenants les compétences nécessaires pour accéder au marché du travail. Tout comme l'éducation formelle, l'EFTP représente une opportunité d'intégration de l'EIC et la SSR, car les programmes ciblent les adolescents et jeunes. Ces derniers n'étant plus intégrés dans un système d'éducation formel, l'EFTP représente l'un de leurs derniers recours pour développer les connaissances, compétences, attitudes et valeurs pour se protéger. Certains pays ont déjà commencé à intégrer dans l'EFTP des contenus basés sur les compétences. En sus de l'éducation formelle, l'éducation non formelle et l'EFTP devraient donc faire partie de la réponse d'un pays.

²³ <https://tellmaps.com/uis/oosc/#/tellmap/-1522571971?lang=fr> (Consulté le 20 avril 2020).

²⁴ Human Rights Watch. 2018. Leave No Girl Behind in Africa. Discrimination in Education against Pregnant Girls and Adolescent Mothers. <https://www.hrw.org/report/2018/06/14/leave-no-girl-behind-africa/discrimination-education-against-pregnant-girls-and> (Consulté le 20 avril 2020).

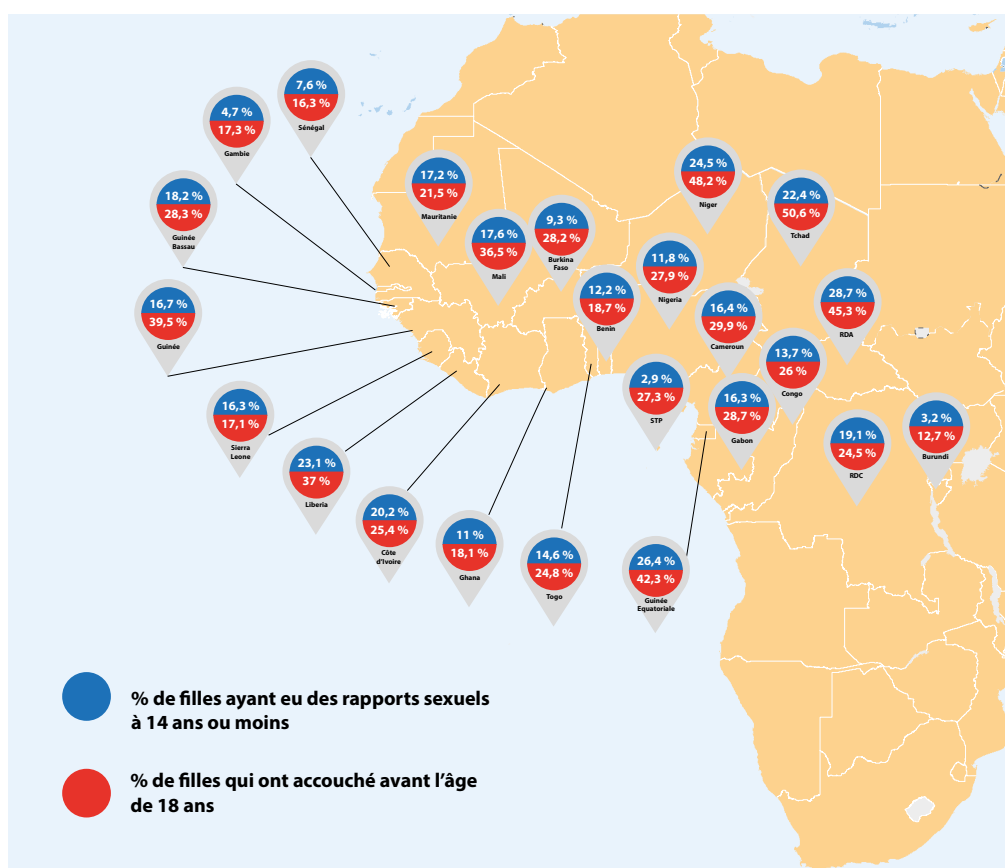
La santé

Une grande proportion d'adolescents et jeunes deviennent sexuellement actifs à l'adolescence

Le pourcentage élevé d'adolescents et jeunes qui ont commencé leur vie sexuelle avant l'âge de 18 ans plaide non seulement pour un meilleur accès et une meilleure utilisation des services SSR adaptés à leurs besoins et à une EIC de qualité mise en œuvre dès le primaire, mais aussi pour l'établissement d'un cadre légal, politique et social propice aux programmes dans ce domaine. Au moins 16% des filles et 12% des garçons âgés de 15 à 24 ans en AOC sont devenus sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans²⁵. Le pourcentage de filles ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans varie entre 36% pour le Sénégal et 84% pour le Libéria²⁶.



Crédit photo : ©FFMuskoka/V.Tre



²⁵ UNFPA WCARO. 2018. Rapport sur les adolescents et les jeunes : Afrique de l'Ouest et du Centre (Rapport basé sur les données de 18 pays de l'AOC).

²⁶ Natacha Stevanovic Fenn et al. Mariages d'enfants, grossesses précoces et formation de la famille en Afrique de l'Ouest et du Centre. Schémas, tendances et facteurs de changement. UNICEF 2015.



Crédit photo : ©Plan International

Un taux de grossesses précoces et non désirées élevé

Les grossesses précoces et non désirées (GPND) sont responsables de la déscolarisation de nombreuses filles, ainsi que de complications de santé, dont l'une des conséquences est un taux de mortalité néonatale plus élevé que la norme. Les GPND contribuent également de manière significative au taux élevé de mortalité maternelle dans certains pays de la région. Dans la région, 33% des femmes ont accouché avant l'âge de 18 ans, et 3,5% des adolescentes avant l'âge de 15 ans. Sur les 10 pays du monde possédant les pourcentages les plus élevés de grossesses avant l'âge de 18 ans, 7 se trouvent en AOC²⁷. Pour les filles de 10-14²⁸ ans, les taux de natalité dans la région sont les plus hauts au niveau mondial. Au Cameroun, au Congo, en Guinée et au Nigéria, ils ont même augmenté entre 2000-2007 et 2010-2017. Toutefois, des progrès sont à noter dans d'autres pays, en Sierra Leone par exemple.

Les GPND sont étroitement corrélées avec un nombre de facteurs interconnectés tels que les niveaux économique et d'éducation, les connaissances sur la SSR, les mariages d'enfants, ainsi que l'accès et l'utilisation de services de SSR. Ces facteurs peuvent réduire ou amplifier les risques. Par exemple, seuls deux pays de l'AOC comptent plus de 50% de femmes qui pensent que la période de fécondité se situe au milieu du cycle menstruel. Dans la région, les taux varient entre 5% et 57%²⁹, montrant que les adolescents et les jeunes ont un besoin urgent d'éducation à la santé de la reproduction. Les mariages d'enfants conduisent à des grossesses précoces. Dans les pays qui représentent la majorité des mariages d'enfants et des naissances précoces dans le monde, 84% des enfants nés de mères de moins de 18 ans sont susceptibles d'être nés d'un mariage d'enfant³⁰. En moyenne, dans 6 pays de l'AOC, une fille qui se marie à 13 ans aura 26% d'enfants de plus au cours de sa vie que si elle s'était mariée à 18 ans ou plus tard³¹.

²⁷ UNFPA WCARO. 2018. Rapport sur les adolescents et les jeunes : Afrique de l'Ouest et du Centre (Rapport basé sur les données de 18 pays de l'AOC.)

²⁸ UN DESA. 2020. Fertility among young adolescents aged 10 to 14 years. ST/ESA/SER.A/448. Advance Copy. Il faut noter que les auteurs indiquent des problèmes avec la collecte de données (surtout pour les filles de 10-12 ans).

²⁹ Source des données : les fiches pays.

³⁰ Wodon, Q., C. Male, and A. Onagoruwa. 2017. A Simple Approach to Measuring the Share of Early Childbirths Likely Due to Child Marriage in Developing Countries. Education Global Practice. Washington, DC: The World Bank. Cité page 4 de Wodon, Q., C. Male, A. Nayihouba, A. Onagoruwa,

A. Savadogo, A. Yedan, J. Edmeades, A. Kes, N. John, L. Murithi, M. Steinhausand S. Petroni. 2017. Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report, Washington, DC: The World Bank and International Center for Research on Women.

³¹ Statistique établie à partir de la table de données 3.1: Marginal and National Impacts of Child Marriage on Total Fertility p32 dans Wodon, Q., C. Male, A. Nayihouba, A. Onagoruwa, A. Savadogo, A. Yedan, J. Edmeades, A. Kes, N. John, L. Murithi, M. Steinhausand S. Petroni (2017). Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report, Washington, DC: The World Bank and International Center for Research on Women.

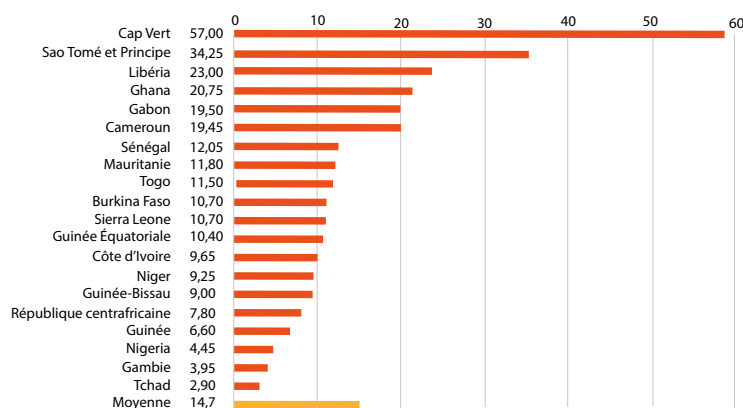
Accès aux services de SSR adaptés aux adolescents et jeunes

De nombreux freins à l'accès et l'utilisation de services de SSR existent dans la région, entre autres :

- Des services souvent quasi inexistantes ou difficilement accessibles en l'absence de moyens de transport (surtout en zone rurale).
- Des coûts de prestations parfois élevés dans certains pays et points de services, les rendant hors de portée des adolescents et jeunes.
- L'attitude négative de certains prestataires envers les adolescents et jeunes, et le peu de formation, supervision et soutien des prestataires.
- La culture et l'attitude des parents, mais aussi de la communauté, dans laquelle l'adolescent ou le jeune a besoin d'un consentement parental ou d'un mari avant d'avoir accès aux services.
- Des services non adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes, et des normes de services³² qui ne sont pas mises en œuvre.
- Des faiblesses dans la fonctionnalité des systèmes d'approvisionnement, de stockage et de distribution d'intrants de santé reproductive.
- Un contexte légal, politique et social inadapté, ne protégeant pas suffisamment les droits à l'éducation, la santé et la protection des adolescents et des jeunes.
- Un cadre légal et politique qui n'est pas toujours harmonisé avec les engagements pris par les pays aux niveaux national et régional (Convention sur l'élimination de la discrimination envers les femmes, Charte africaine des droits de l'enfant, etc.). Dès lors, les lois nationales sont insuffisamment protectrices des droits des enfants et des adolescents (surtout des filles), y compris des droits à l'éducation et à la SSR.
- Le peu d'informations et de connaissances des adolescents et jeunes concernant leurs besoins, les services de SSR et la manière d'y accéder.
- La stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les adolescents et jeunes.

Conséquence de ces différents freins : seulement 15%³³ (moyenne non pondérée) des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, mariées ou en union, ou bien leur partenaire sexuel, utilisent au moins un moyen de contraception moderne dans la région. Tous les pays de la région, sauf Cabo Verde, ont un taux d'utilisation de contraceptifs inférieur à 50%, et deux tiers des pays ont un taux inférieur à 12%³⁴.

Taux de prévalence des contraceptifs modernes chez les jeunes femmes de 15-24 ans



Source des données : ICF Macro, enquêtes démographiques et sanitaires 2005-2016 et enquêtes de l'UNICEF sur les indicateurs à grappes multiples 2010-2016.

³² Par exemple : WHO and UNAIDS, Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015). Note d'orientation en français : Une approche fondée sur les normes pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescents : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246105/1/WHO-FWC-MCA-15.06-fre.pdf?ua=1>.

³³ Donnée basée sur 20 pays de la région.

³⁴ UNFPA WCARO. 2018. Rapport sur les adolescents et les jeunes : Afrique de l'Ouest et du Centre.

Les écarts existent aussi entre les tranches d'âge, les besoins des adolescents de 15 à 19 ans étant les moins satisfaits. Au Ghana, la demande de moyens de contraception est satisfaite pour 27% de la tranche d'âge de 20-24 ans, mais tombe à 10% pour les adolescents de 15-19 ans³⁵. Les taux baissent aussi pour les femmes qui ne sont pas en union. Au Congo, si 69% des femmes mariées de 20-24 ans voient leurs demandes en besoins contraceptifs satisfaites, le taux chute à 33% pour l'ensemble des femmes de cette tranche d'âge, c'est-à-dire incluant les femmes non mariées. Des progrès peuvent toutefois être soulignés : sur les 10 pays dont le taux d'utilisation de contraceptifs pour les 15-49 ans a augmenté, quatre se trouvent en AOC³⁶.

Des interventions à haut impact visant la réduction de la prévalence des grossesses chez les adolescentes sont nécessaires afin d'améliorer la santé maternelle et infantile et, de manière générale, les résultats en matière de santé et d'éducation. Les interventions efficaces (se référer à la section « Les programmes efficaces ») incluent la mise en œuvre d'une EIC de qualité dès le primaire, l'amélioration de l'accès et de l'utilisation de services de SSR adaptés aux adolescents et jeunes, ainsi que le besoin de créer la demande au sein de ce groupe.



Crédit photo : ©Plan International

³⁵ Ibid.

³⁶ Burkina Faso, Libéria, Sénégal, et Sierra Leone. UN DESA, Population Division. World Fertility and Family Planning 2020: Highlights (ST/ESA/SER.A/440).



Crédit photo : ©FFMuskoka/V.Tremeau

Santé maternelle

Les mêmes freins en matière d'accès et d'utilisation des services de SSR existent pour les soins prénataux, affectant ainsi la santé maternelle des adolescentes. Il existe un lien direct entre la mortalité maternelle et l'accès aux services de santé (soins prénataux et présence d'un prestataire de santé qualifié durant l'accouchement). Le Gabon, qui enregistre l'un des taux de mortalité maternelle les plus bas de la région pour la tranche d'âge de 20-24 ans, détient le plus haut pourcentage d'accès aux soins prénataux et d'accouchement en présence d'un prestataire de santé qualifié.

Dans la région, le taux de mortalité maternelle chez les adolescentes de 15-19 ans varie selon les pays. Au Burundi, seuls 8% des décès chez les adolescentes sont liés à la grossesse, tandis qu'au Tchad plus de la moitié le sont³⁷. Par ailleurs, les taux de prévalence des fistules obstétricales dans la région sont élevés, variant de 0,2 à près de 6 femmes sur 1000. Les fistules obstétricales sont des complications pouvant être évitées lorsque la mère accouche en milieu de soins, en présence d'un prestataire de santé qualifié et reçoit des soins obstétricaux d'urgence de qualité en cas de complications durant l'accouchement. Trois pays de la région ont l'un des taux de prévalence des fistules les plus élevés du monde³⁸.

GPND et mariages d'enfants - impacts et liens^{39,40}

- Les complications pendant la grossesse et l'accouchement sont la principale cause de décès chez les jeunes filles de 15 à 19 ans dans le monde.
- Les mères adolescentes (10-19 ans) sont plus exposées à l'éclampsie, à l'endométrite puerpérale et aux infections systémiques que les femmes âgées de 20 à 24 ans.
- Les bébés de mères adolescentes sont plus exposés aux risques de faible poids de naissance, d'accouchement prématuré et de conditions néonatales graves.



75% des grossesses précoces sont associées aux mariages d'enfants.

Mettre fin aux mariages d'enfants pourrait réduire le taux de fécondité de 11%.



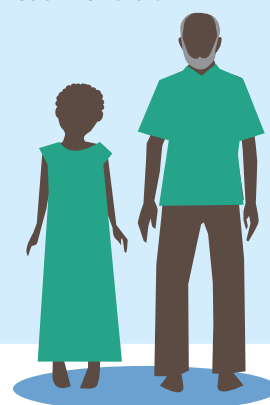
Le mariage d'enfants et les GPND sont liés à l'abandon scolaire des filles.

Chaque année supplémentaire d'enseignement secondaire peut réduire de 6% le risque de mariage d'enfants.



Le mariage d'enfants réduit de 9% les revenus des femmes à l'âge adulte.

Mettre fin aux mariages d'enfants réduirait la croissance démographique et pourrait générer plus de 500 milliards de dollars de bénéfices par an au niveau mondial.



³⁷ Source des données : les fiches pays.

³⁸ Saifuddin Ahmed Erin Anastasi. Prevalence of Obstetric Fistula in 55 UNFPA Priority Countries. Johns Hopkins University UNFPA. Présentation.

³⁹ WHO. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: WHO; 2016.

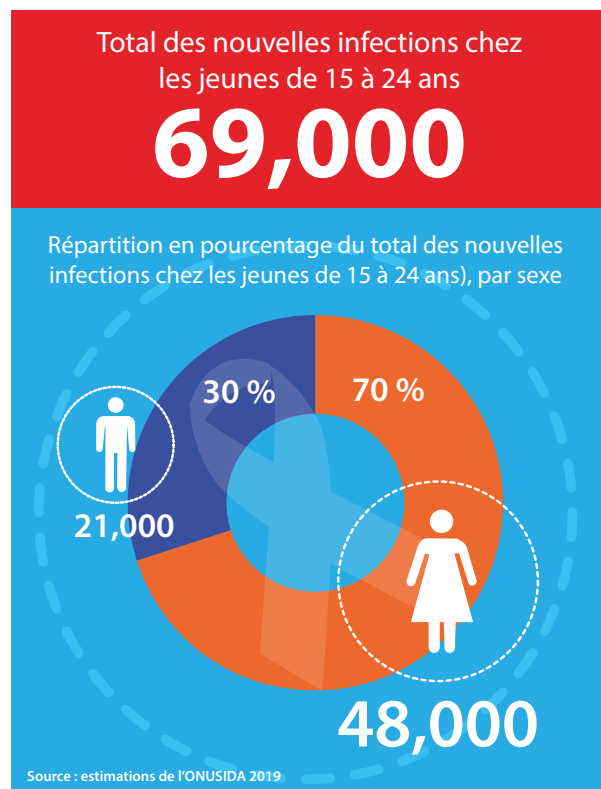
⁴⁰ Wodon, Q., C.Male, A.Nayihouba, A.Onagoruwa, A.Savadogo, A.Yedan, J.Edmeades, A.Kes,N. John, L. Murithi, M. Steinhausand S.Petroni . 2017. Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report, Washington, DC: The World Bank and International Center for Research on Women.

Le VIH et les jeunes

Les jeunes continuent de contracter le VIH en AOC. Le nombre total de nouvelles infections par le VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans dans la région a été estimé à 69 000 en 2019. Ces statistiques montrent les progrès limités et la disparité entre les sexes (48 000 femmes âgées de 15 à 24 ans sont infectées contre 21 000 hommes) dans la région⁴¹.

Cette augmentation est due au faible taux de connaissances sur le VIH, à l'accès limité aux services de prévention et de soins, ainsi qu'au contexte dans lequel les jeunes vivent et interagissent (culture, normes sociales et pression des pairs). En AOC, seuls 24% des garçons et 22% des filles âgés de 15 à 19 ans ont une connaissance complète sur le VIH⁴².

Le faible niveau des connaissances (aucun des pays de la région ne compte un taux de connaissances complètes sur le VIH supérieur à 50%) et le fait que ces connaissances ne s'améliorent pas d'année en année dans certains pays plaident pour la promotion d'une EIC dès le primaire.



Crédit photo : ©Plan International

⁴¹ Source des données : les fiches pays.

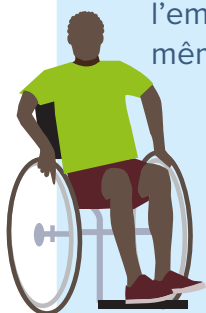
⁴² UNICEF. State of the World's Children. Statistical Tables 2019.

Les adolescents et jeunes vivant avec un handicap – un risque accru

Les adolescents et jeunes vivant avec un handicap sont parmi les groupes les plus vulnérables et marginalisés. Ils ont une probabilité moindre d'être scolarisés, d'accéder aux services de santé (obstacles physiques et financiers, prestataires non formés sur le handicap), de pouvoir s'autonomiser ou d'avoir leurs besoins pris en compte. De plus, il est estimé que 80% des personnes de ce groupe de population vivent sous le seuil de pauvreté⁴³.

Les jeunes vivant avec un handicap présentent un taux plus élevé de comportements à risque pour la santé, un risque plus élevé d'être exposés à tous les types de violence, y compris les abus sexuels⁴⁴, ainsi qu'un risque plus élevé de blessures involontaires et de décès prématuré. Les adolescents et jeunes vivant avec un handicap cherchent à avoir des relations amoureuses et sexuelles, mais ont des besoins non satisfaits plus importants en matière de services de santé, de nutrition et de bien-être : ils sont notamment plus susceptibles d'être stigmatisés, discriminés, voire exclus des programmes d'éducation en santé sexuelle et reproductive et autres programmes nationaux de santé et d'éducation.

« La population ne pense pas que les personnes handicapées ont une sexualité. C'est deux fois un tabou. Sont une lutte constante pour les jeunes handicapés : l'école, l'employabilité, la sexualité et même l'acceptabilité ».



Padylatou Gouem, Jeune Leader et agent de gestion de données et d'information dans une ONG, Burkina Faso.

Nous pouvons, à partir des quelques données disponibles, tirer des conclusions sur la vulnérabilité des personnes vivant avec un handicap, quel que soit leur âge. Une enquête⁴⁵ conduite au Burkina Faso, Niger, Guinée-Bissau et Cabo Verde note que la prévalence du VIH observée chez les personnes vivant avec un handicap était supérieure à celle de la population générale, et que les personnes de ce groupe se retrouvaient également engagées dans des pratiques sexuelles à risque. D'autres données démontrent l'inégalité socio-économique, un accès et une utilisation limités des services de santé, ainsi qu'un risque accru de violences pour les personnes vivant avec un handicap :

- Une scolarisation moins fréquente (48%).
- Des difficultés d'accès à l'emploi (38% des hommes et 49% des femmes n'ont pas de revenu propre).
- Un manque de moyens financiers, y compris pour l'accès aux services (66% ont renoncé à des soins, faute de moyens suffisants).
- Des difficultés d'accès à l'information et aux services de prévention et de soins (à peine 14% ont participé à une activité de prévention du VIH).
- Seuls 27% ont réalisé un test VIH au cours de leur vie et seuls 55% ont accès à un préservatif si besoin.
- 25% des femmes (14% des hommes) sont victimes de rapports sexuels non consentis.
- Les violences sont répétées pour 75% des victimes.

Les adolescents et jeunes vivant avec un handicap sont encore plus exposés aux risques dans les contextes humanitaires et fragiles, où l'accès et l'utilisation des services sont encore plus restreints.

⁴³ WHO and World Bank. 2011. World report on disability. Geneva: WHO.

⁴⁴ WHO. 2008. The global burden of disease: 2004 update.

⁴⁵ Humanité & Inclusion. 2019. VIH & Handicap en Afrique de l'Ouest : Une

analyse combinée de 4 études conduites au Burkina Faso, Niger, Guinée Bissau et Cap Vert.

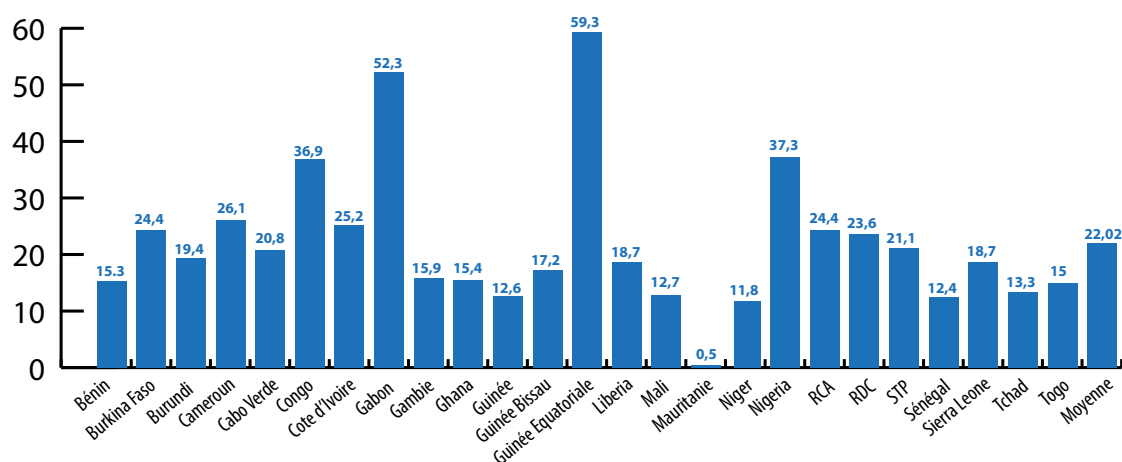
Consommation de substances psychoactives

En AOC, la consommation d'alcool et de tabac par les adolescents et jeunes est plus forte que celle de drogues illégales. Les adolescents de 15-19 ans ont tendance à consommer moins d'alcool que la population totale. Mais, en Afrique subsaharienne, les taux s'inversent ensuite pour les 20-24 ans, qui en consomment plus que la population totale (ce n'est pas le cas au niveau mondial). Les taux de consommation d'alcool des 15-19 ans en AOC, dans les pays où la vente d'alcool est permise, varient de 11,8% à 59%.

Le tabac est souvent la première substance psychoactive consommée par les adolescents et jeunes. Dix-huit pour cent des jeunes en Afrique subsaharienne — 21% des garçons et 13% des filles — ont consommé du tabac dans le mois qui précède l'étude⁴⁷, et le pourcentage des adolescents de 13-15 ans qui consomment du tabac au moment de l'enquête varie entre 8% et 26%⁴⁸.

Les données sur la consommation de substances psychoactives en AOC sont lacunaires. Néanmoins, dans toutes les régions du monde, le cannabis est, après l'alcool et le tabac, la substance psychoactive la plus consommée au sein de la jeunesse (et de la population générale) ; c'est en AOC, en Amérique du Nord et en Océanie que sa prévalence est la plus élevée⁴⁹. Toutefois, les taux d'usage varient considérablement entre les régions et les pays⁵⁰. Dans un des pays de la région, il est estimé que 24% des jeunes ont consommé du cannabis durant le mois précédant l'étude⁵¹. Des enquêtes auprès d'étudiants dans la région montrent qu'entre 1% et 9% des adolescents de 13-17 ans ont consommé de la marijuana une fois ou plus dans leur vie⁵². Il existe peu de données sur la consommation d'autres substances psychoactives, mais il est estimé que les taux de garçons âgés de 13 à 15 ans ayant déjà consommé des stimulants de type amphetamine varient de moins de 5-10% à 19%⁵³.

Consommation d'alcool durant les 12 derniers mois, selon l'OMS % des 15-19 ans⁴⁶



⁴⁶ [\(https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/15-19-years-old-current-drinkers-\(-\)\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/15-19-years-old-current-drinkers-(-)) (Consulté le 10 avril 2020).

⁴⁷ OMS AFRO. 2014. Towards Tobacco Free Young People in the African Region.

⁴⁸ Global Youth Tobacco Survey: Togo 2013 et Sao Tomé-et-Principe 2010.

⁴⁹ UNESCO. 2018. Politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation à la santé. Brochure 10. Réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues.

⁵⁰ ONUDC. 2015. Rapport mondial sur les drogues 2015. Vienne : ONUDC.

⁵¹ https://data.unodc.org/drugs/prevalence_youth-2017 (Consulté le 7 avril 2020).

⁵² Global Student Health Survey Bénin 2016 et Ghana 2012.

⁵³ UNESCO. 2018. Politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation à la santé. Brochure 10. Réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues.



Crédit photo : ©FFMuskoka/V.Tremeau

Impact de la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac et autres substances)

La consommation de substances nuit non seulement à la santé, mais aussi à l'éducation. Entre autres, le tabac est lié à des difficultés respiratoires, le cannabis à des maladies respiratoires et des problèmes de santé mentale, l'alcool à des problèmes de santé, tels que la cirrhose alcoolique, l'hépatite et le cancer à l'âge adulte, et à des effets cognitifs. À l'échelle mondiale, la consommation de ces substances est associée à l'échec scolaire, à l'abandon de la scolarité ou au non-achèvement de l'enseignement secondaire et postsecondaire⁵⁴. De plus, les comportements sanitaires à risque (y compris les risques sexuels), ainsi que la délinquance et la violence, sont liés à la consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents et jeunes dans des pays à revenu faible et intermédiaire⁵⁵.

Bien que les maladies non transmissibles n'affectent généralement pas les adolescents et les jeunes, les facteurs de risque de ces maladies tels que le tabagisme, la consommation nocive d'alcool et de drogues, une alimentation malsaine et l'inactivité physique sont souvent présents dès l'adolescence. Le risque des maladies non transmissibles s'accroît à l'échelle mondiale (elles sont aujourd'hui la première cause de décès chez les adultes), et c'est pendant l'adolescence que les mesures préventives sont les plus efficaces et que les comportements sains sont acquis.



Crédit photo : ©FFMuskoka/V.Tremeau

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid.

Santé mentale

L'OMS⁵⁶ note que les comportements autodestructeurs (qui incluent le suicide) représentent la deuxième cause de décès chez les adolescents les plus âgés. L'impact et la prévalence de troubles mentaux et du comportement ne sont pas bien quantifiés en Afrique, et encore moins en AOC. Néanmoins, les estimations globales indiquent une augmentation des cas de troubles mentaux, et il est probable qu'il en soit de même en AOC.

Étant donné que les troubles mentaux touchent aussi les adolescents et jeunes, et que ces troubles peuvent être liés à une consommation accrue de substances psychoactives et à des comportements sexuels et non sexuels à risque, une réponse holistique à leurs besoins est nécessaire. L'OMS estime que la moitié des problèmes de santé mentale commencent à l'âge de 14 ans et sont pour la plupart non détectés et non traités⁵⁷. L'enfance et l'adolescence sont donc des moments clés dans le développement d'un individu pour le doter d'une bonne capacité de résilience et d'outils dont il aura besoin pour rester en bonne santé, par le biais d'une éducation axée sur les compétences de la vie courante.

L'impact des épidémies sur l'éducation et la santé des adolescents et jeunes

L'éducation des adolescents et jeunes est affectée non seulement par leur propre santé, mais aussi par la situation sanitaire à l'échelle nationale. Des épidémies telles que celles de la COVID-19 ou d'Ebola ont un impact majeur sur le système éducatif. Elles entraînent, entre autres, des fermetures d'écoles et l'interruption des programmes de nutrition scolaire, mais aussi réduisent les chances des plus vulnérables de poursuivre leurs études, renforcent les inégalités, affectent l'apprentissage, augmentent le risque de GPND, de mariages d'enfants⁵⁸, de violences et d'abandon scolaire pour des raisons économiques, tout en affectant la santé physique et mentale des étudiants.

⁵⁶ WHO. 2018. Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!). Orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays.

⁵⁷ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (Consulté le 15 juin 2019).

⁵⁸ Plan International et Filles, Pas Épouses. Août 2020. Note de positionnement conjointe. COVID-19 et mariages des enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre.



Crédit photo : ©Plan International

En mai 2020, durant l'épidémie de COVID-19, 23 pays de l'AOC ont fermé leurs centres de développement de la petite enfance, leurs écoles primaires et secondaires ainsi que leurs universités. De fait, plus de 114 millions d'apprenants furent affectés⁵⁹. Il faut souligner que l'apprentissage à distance n'est accessible que pour ceux ayant un accès à Internet et dont l'école et les enseignants ont les ressources pour travailler de cette manière. La plupart des systèmes éducatifs de la région ont une résilience limitée aux chocs et n'ont ni les ressources ni la capacité pour mettre en place rapidement un système alternatif. Même sans numérisation, l'apprentissage à distance, par exemple à travers les devoirs à la maison, est compliqué pour les étudiants n'ayant pas accès aux ressources essentielles comme les manuels. De plus, beaucoup d'élèves et d'étudiants sont pénalisés et prennent du retard dans leurs apprentissages lorsque la famille ou les proches sont dans l'impossibilité de les accompagner. La COVID-19 nous a démontré l'importance de planifier et d'être préparés pour toutes les éventualités, d'où l'importance d'identifier des processus alternatifs, y compris au travers de la numérisation. Dans un monde globalisé, les risques ne disparaissent pas, mais s'accroissent. Un grand nombre d'intervenants interviewés pour ce rapport notent aussi l'impact de la COVID-19 sur leurs activités et sur le plan organisationnel. Non seulement la pandémie réduit le financement disponible pour les activités, mais aussi empêche les rassemblements, les formations et la participation.

<https://plan-international.org/publications/covid-19-child-marriage-west-central-africa>.

⁵⁹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (Consulté le 15 juin 2019).

L'égalité de genre

« L'inégalité entre les sexes est un obstacle majeur. La société est toujours biaisée en faveur des hommes. Les normes sociales et culturelles stigmatisent les femmes comme étant le sexe "faible" et, dans certains cas, considèrent encore que la place des femmes est dans la cuisine ».

M. Francis Aniagyei, Enseignant, Ghana

L'indicateur Institutions sociales et égalité femme-homme (SIGI) de l'OCDE⁶⁰, qui mesure la discrimination à l'égard des femmes dans les institutions sociales en tenant compte des lois, des normes et des pratiques sociales, démontre des niveaux de discrimination élevés et très élevés dans la région. En AOC, les inégalités de genre⁶¹ affectent l'accès à l'information, aux services de santé et à l'éducation, elle accroissent la rétention scolaire et perturbent la santé et le bien-être par le biais, entre autres, de normes sociales et de la pression des pairs. La discrimination au sein des familles, les atteintes à l'intégrité physique des filles, l'accès restreint aux ressources productives et financières et les restrictions des libertés civiles sont des manifestations de la discrimination⁶², et soulignent l'importance de réduire l'inégalité des sexes pour promouvoir l'équité et améliorer la santé et le bien-être des filles comme des garçons⁶³.

« **Les normes de genre**⁶⁴ sont un sous-ensemble de normes sociales qui se rapportent spécifiquement aux différences entre les sexes. Il s'agit de croyances informelles, profondément ancrées et largement répandues sur les rôles des hommes et des femmes, les rapports de force, les normes ou les attentes qui régissent les comportements et les pratiques humaines dans un contexte social particulier et à un moment donné. Il s'agit d'idées ou de "règles" sur la manière dont les filles et

les garçons, les femmes et les hommes, sont censés être et se comporter. Les personnes intériorisent et apprennent ces "règles" très tôt dans la vie⁶⁵. Les normes de genre soutiennent une hiérarchie de pouvoir et de privilège qui favorise généralement ce qui est considéré comme masculin au détriment de ce qui est féminin, renforçant une inégalité systémique qui porte atteinte aux droits des femmes et des filles et empêche les femmes, les hommes et les minorités de genre d'exprimer leur authenticité⁶⁶ ».

⁶⁰ Social Institutions and Gender Index - SIGI de l'OCDE.

⁶¹ L'égalité des genres désigne l'égalité des droits, des responsabilités et des chances des femmes et des hommes, des filles et des garçons. Égalité ne veut pas dire que les femmes et les hommes doivent devenir les mêmes, mais que leurs droits, responsabilités et opportunités ne dépendront pas du fait qu'ils sont nés hommes ou femmes. UN Women, Glossaire du Centre de Formation (Consulté 4 novembre 2020).

⁶² UNICEF. May 2019. Adolescent girls' health and well-being in West and Central Africa.

⁶³ Pour plus de détails voir Viner, R. M., et al. 2012. Adolescence and the social determinants of health. The Lancet, 379: 1641–52.

⁶⁴ Définition traduite de : Technical Note on Gender Norms. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/65381/file/GP-2020-Technical-Note-Gender-Norms.pdf>

⁶⁵ UN Women Training Centre. Gender Equality Glossary. <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=36>.

⁶⁶ Heise, Lori, Greene, Margaret E, Opper, Neisha, Stavropoulou, Maria, Harper, Caroline, Nascimento, Marcos, and Zewdie, Debrework, on behalf of the Gender Equality, Norms, and Health Steering Committee, 'Gender inequality and restrictive gender norms: Framing the challenges to health', The Lancet, vol. 393, pp.2440–2454, 2019. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30652-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30652-X/fulltext).



Crédit photo : ©Plan International

L'adolescence est une période du développement humain durant laquelle les normes liées au genre sont renforcées, et durant laquelle ces normes de genre et autres normes sociales engendrent des risques accrus pour la santé (pression des pairs, masculinité toxique, VBGs entre autres), au moment même où les adolescents ont un accès moindre aux services préventifs et curatifs.

Mariages d'enfants

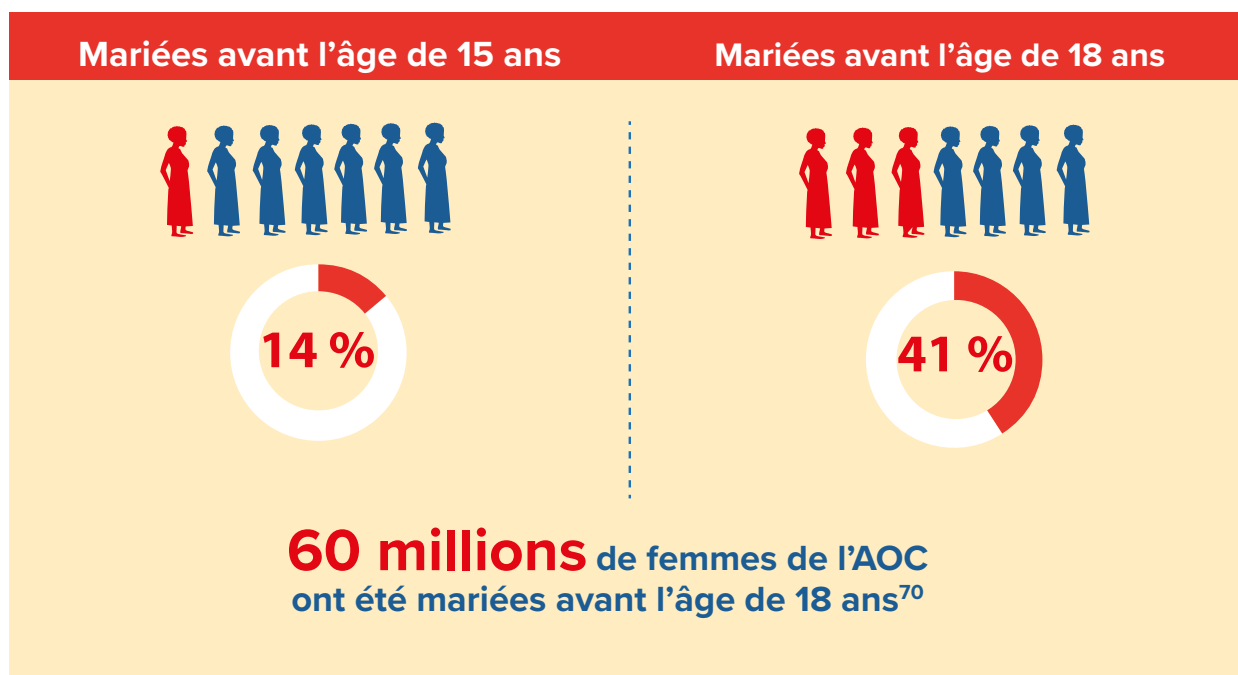
Les mariages d'enfants exposent davantage les filles à la violence domestique, aux infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, et amenuisent l'accès à l'éducation et à l'emploi.

Les mariages d'enfants sont fortement liés aux grossesses précoces en AOC. Dans la région, le fait d'être mariée jeune est associé à une utilisation réduite des moyens de contraception modernes, ainsi qu'à une fécondité plus élevée⁶⁷. Différents facteurs affectent les taux de mariages d'enfants, tels que la dimension historique et culturelle du mariage ainsi que les contextes économiques et sociaux⁶⁸. Ceux-ci comprennent les normes et rôles de genre, ainsi que les obligations et les attentes sociales. La pauvreté, les frais scolaires, le besoin d'alléger la charge financière et d'augmenter le revenu du ménage sont aussi des facteurs contributeurs majeurs au taux élevé de mariage d'enfants⁶⁹.

⁶⁷ ICRW, UNICEF. Child marriage, Adolescent pregnancy and Family formation in West and Central Africa- Patterns, Trends and Drivers of Change. UNICEF, 2015

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Ibid. et, Malhotra, A., et al. 2011. Solutions to end child marriage: What the evidence shows. The International Center for Research on Women, Washington DC.



Crédit photo : ©FFMuskoka/V.Tremeau

Les filles de l'AOC ont le risque le plus élevé du monde de se marier dans leur enfance⁷¹. Six des 10 pays ayant la plus forte prévalence de mariages d'enfants dans le monde se trouvent dans la région⁷². Néanmoins, il existe une grande disparité de taux entre les pays, comme le taux de filles mariées à 14 ans ou moins, qui varie entre 2% et 30%.

Depuis 1990, la prévalence des mariages d'enfants décroît petit à petit dans la région, passant de 52% à 41%, mais la croissance démographique entraînera une augmentation du nombre de filles mariées avant l'âge de 18 ans. Il est estimé que si la prévalence actuelle se maintient, le nombre de filles-épouses devrait atteindre 20,8 millions d'ici 2050⁷³.

⁷⁰ UNFPA, UNICEF WCARO. Septembre 2018. Le mariage des enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre. En bref.

⁷¹ UNICEF. May 2019. Adolescent girls' health and well-being in West and Central Africa.

⁷² UNFPA, UNICEF WCARO. Septembre 2018. Le mariage des enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre. En bref.

⁷³ Ibid.

Le mariage d'enfants - des progrès significatifs dans la région⁷⁴

Des réductions des taux de mariages d'enfants sont à noter en Guinée-Bissau, en Gambie, au Gabon, au Ghana et au Togo. Se basant sur les mesures prises dans plusieurs pays et les progrès acquis, des leçons peuvent être tirées. Nous savons maintenant ce qui est efficace et quels sont les facteurs clés de succès.

Interventions efficaces

- L'autonomisation des filles : leur fournir les connaissances, développer leurs compétences, et la mise en place de réseaux de soutien.
- L'éducation et la mobilisation des parents et des membres de la communauté.
- L'amélioration de l'accès à et la qualité de l'éducation.
- Les interventions visant à promouvoir l'éducation, notamment : les transferts d'argent, les bourses d'études, la gratuité des uniformes scolaires, la réduction des frais de scolarité, la formation des enseignants et une éducation axée sur les compétences de la vie courante.

- Un soutien économique aux filles et à leurs familles.
- Un cadre juridique et politique propice et plus protecteur des droits à la santé sexuelle et reproductive.

Facteurs de succès

- Un engagement politique fort au niveau national et régional, tel que la campagne de l'Union africaine pour mettre fin au mariage d'enfants.
- Au niveau national, un cadre juridique et politique protecteur, appliqué pleinement et harmonisé avec les traités régionaux et internationaux relatifs aux droits de l'homme.
- Une stratégie nationale et un plan d'action chiffré.
- Des investissements dans l'éducation et la santé des adolescents et jeunes, en particulier des jeunes filles.
- La mise en œuvre à plus grande échelle d'interventions fondées sur les bonnes pratiques.



⁷⁴ Ibid. et Kalamar et al. 2016. Interventions to Prevent Child Marriage Among Young People in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Gray Literature. *Journal of Adolescent Health* 59 S16eS21. www.girlsnotbrides.org.

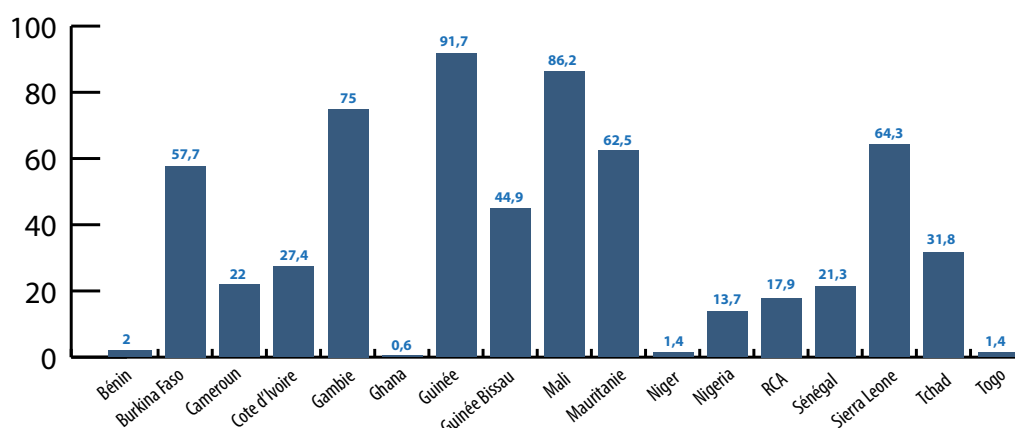
Excision et mutilations génitales féminines

La région compte 18 pays qui pratiquent l'excision et les mutilations génitales féminines (E/MGF). Dans certains pays, seuls certains groupes ethniques pratiquent l'E/MGF et ce à intensité variable⁷⁵. Les données de 17 pays de la région sur la prévalence de l'E/MGF montrent un taux de prévalence très élevé dans certains pays, notamment dans les zones rurales. Dans six pays, les taux dépassent 50%, et, dans un pays, près de 92% des filles de 15 à 19 ans ont été excisées ou mutilées⁷⁶.

Le terme E/MGF désigne tout acte visant à l'ablation totale ou partielle des organes génitaux féminins externes, ainsi que toute blessure infligée aux organes génitaux féminins sans raison médicale.



Taux de prévalence de E/MGF en AOC



L'UNICEF⁷⁷ note que l'E/MGF est enracinée dans les conceptions culturelles liées au genre, à la sexualité, au mariage et à la famille et influence la façon dont la pratique est considérée et tolérée dans différents contextes. L'E/MGF est souvent considérée comme une étape nécessaire à l'éducation et à la protection de la fille, lui permettant de se marier. Il est donc important que l'approche de cette pratique aille au-delà d'une présentation négative et critique.

Ces deux dernières décennies, les taux de prévalence ont baissé dans certains pays, comme en Côte d'Ivoire, au Niger, au Mali et au

Nigeria. L'UNICEF note que, dans certains pays, la « tendance générationnelle est clairement vers la fin de la pratique ». Ces pays incluent le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Niger et le Nigeria et, dans une moindre mesure, la Sierra Leone⁷⁸.

Dans des pays comme la Guinée et le Nigeria, on note que les E/MGF sont souvent associées aux mariages d'enfants, la population mariée après 18 ans étant moins à risque⁷⁹. Les filles de femmes n'ayant reçu aucune éducation ou ayant tendance à justifier la violence sont aussi à risque plus élevé, démontrant le lien entre éducation, pauvreté et E/MGF.

⁷⁵ Division technique du UNFPA : perspectives démographiques quant aux mutilations génitales féminines, page 21 ; UNFPA New York.

⁷⁶ Sources des données : les fiches pays.

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ UNICEF Afrique de l'Ouest et du Centre. Présentation des coupures/ mutilations génitales des femmes, consulté en octobre 2017.

⁷⁹ Division technique du UNFPA. Perspectives démographiques quant aux mutilations génitales féminines, page 21 ; UNFPA New York.

Les E/MGF

Une diminution de la prévalence de l'E/MGF chez les enfants de 0 à 14 ans est visible sur tout le continent, démontrant l'efficacité de certaines interventions. En Afrique de l'Ouest, on note que la prévalence est passée de 74% en 1996 à 25% en 2017⁸⁰. Parmi les interventions ayant contribué à cette baisse des taux, on peut citer une volonté politique, la mise en place de lois nationales contre la pratique de l'E/MGF (par exemple au Togo, au Bénin et en Guinée-Bissau) et la mise en avant de porte-paroles de haut niveau (comme au Nigéria, où la réponse nationale fut lancée par la femme du Vice-Président au nom du cabinet de la Première Dame, et au niveau régional par les femmes de cinq gouverneurs).

De nombreuses leçons peuvent être tirées⁸¹ de l'expérience régionale, telles que l'importance de :

- Cibler les investissements/interventions sur la base d'informations concernant les caractéristiques de l'E/MGF et les zones spécifiques du pays où elles sont pratiquées (comprendre les variations locales de l'E/MGF).
- Concentrer les efforts d'abandon sur les membres de la famille et de la communauté qui décident de l'excision, notamment les pères, les agents de santé, les exciseuses traditionnelles, les accoucheuses traditionnelles et les chefs religieux et communautaires.
- Renforcer la capacité des professionnels de santé et des forces de l'ordre à lutter efficacement contre l'E/MGF.
- Prévenir la médicalisation des E/MGF.
- Renforcer les liens entre les secteurs juridique, éducatif et de la santé, et élaborer des réponses multisectorielles qui s'appuient sur les institutions et les fonctions existantes,

et qui sont mises en œuvre à des niveaux décentralisés.

- Mettre en place un cadre légal propice. Les lois sont nécessaires, mais nécessitent aussi une légitimité sociale pour être efficaces ainsi qu'un effort soutenu pour assurer que leurs dispositions soient connues et appliquées.
- Soutenir les capacités de recherche locales afin de garantir que les réponses à l'E/MGF soient fondées sur des preuves fiables et adaptées au contexte local.

La pratique de l'E/MGF et ses fondements sociaux et culturels sont en évolution. Dans maints pays, les jeunes femmes et hommes ont moins tendance que leurs aînés à croire que l'E/MGF devrait être maintenue, qu'elle est exigée par la religion ou qu'elle est nécessaire pour garantir la chasteté et la fidélité des femmes⁸². Des efforts continus sont requis pour renforcer cette tendance générationnelle.



Crédit photo : ©Plan International

⁸⁰ Kandala N-B, Ezejiofor MC, Uthman OA, et al. 2018. Secular trends in the prevalence of female genital mutilation/cutting among girls: a systematic analysis. *BMJ Glob Health*;3:e000549. doi:10.1136/bmjgh-2017-000549.

⁸¹ Evidence to End FGM/C. Reflections from Five Years of Research. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2020RH_FGMC_ReflectionsFiveYears.pdf.

⁸² UNICEF Centre de recherche Innocenti. Novembre 2010. La dynamique du changement social vers l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine dans cinq pays africains.

Harcèlement, violences et violences basées sur le genre – un problème de grande ampleur

Le harcèlement, la violence et les violences basées sur le genre (VBG) sont prévalents en AOC et se produisent, quel que soit le lieu : à l'école, à la maison, en ligne, ou dans la communauté. Il faut noter que les données sont bien en deçà des cas réels en raison, entre autres, du caractère tabou, de la culture du silence, ainsi que des mécanismes de signalement non adaptés. La prévalence du harcèlement à l'école est de 48%⁸³, et l'Afrique subsaharienne est l'une des deux seules régions du monde où la prévalence du harcèlement à l'école a augmenté depuis 2003. La violence sexuelle en milieu scolaire demeure un problème dans plusieurs pays de la région.

- Au Nigéria, 27% des garçons ont affirmé que leur première confrontation à la violence sexuelle était du fait d'un camarade de classe ou d'école (contre 13% des filles).



Credit photo : ©FFMuskoka/V.Tremeau

« Ceux qui ferment les yeux ou font la sourde oreille en disant, c'est une affaire privée, sachez que vous aussi êtes complices de la violence... En raison de ces attitudes, des millions de femmes et de filles sont confrontées chaque jour à la menace de la violence et du viol ».

Amina Mohammed, Vice-Secrétaire générale des

- En Afrique centrale, la prévalence des premières relations sexuelles forcées perpétrées par un enseignant à l'encontre des filles est comprise entre 0% et 7%. Elle est beaucoup plus faible en Afrique de l'Ouest – entre 0,3% et 1,9%.
- Plus de 6% des femmes de plus de 15 ans en AOC déclarent avoir subi des violences physiques de la part d'un enseignant⁸⁴. Il faut noter que, dans près de la moitié des pays de l'AOC, les châtiments corporels à l'école ne sont pas interdits⁸⁵. Bien que les données soient incomplètes pour la région, la prévalence de la violence physique exercée par les enseignants est élevée en Afrique subsaharienne, avec des écarts importants entre les pays.

Les VBG, problème endémique dans la région, sont aggravées par des normes de genres permissives. Le pourcentage d'adolescents justifiant qu'un mari batte sa femme est de 37% pour les hommes et de 45% des femmes⁸⁶ en AOC. Sur les 5 pays au monde avec le taux le plus élevé de femmes âgées de 18 à 29 ans ayant subi des rapports sexuels forcés avant l'âge de 18 ans, quatre se situent en AOC (Cameroun, RDC, Ghana et Gabon).

⁸³ UNESCO. 2019. Au-delà des chiffres : en finir avec la violence et le harcèlement à l'école.

⁸⁴ UNICEF. 2019. State of the World's Children Statistical Tables.

⁸⁵ UNICEF. 2017. A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents. UNICEF, New York.

⁸⁶ UNESCO. 2018. Édition révisée. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité. Une approche factuelle.

⁸⁷ UN Women, Glossaire du Centre de Formation (Consulté le 10 novembre 2020).

⁸⁸ Source des données : les fiches pays.

Les individus âgés de 10-24 ans sont particulièrement à risque dans les contextes fragiles ou humanitaires et sont souvent la cible de violences. Une étude note que 60% des enfants avaient moins de 15 ans et 10% moins de 12 ans au moment de leur recrutement dans un groupe armé⁸⁹. Le taux de violences sexuelles en RDC (18% des filles de moins de 22 ans ont subi des violences sexuelles) est l'un des plus élevés de la région.

Il existe très peu de données sur le harcèlement en ligne en AOC (voir tableau ci-dessous). La plupart des données viennent d'Europe et des États-Unis et démontrent que ce type de harcèlement touche jusqu'à un enfant sur dix, les élèves plus âgés étant davantage exposés que les plus jeunes. De plus, le problème prend de l'ampleur : la proportion d'enfants de 11 à 16 ans qui utilisent Internet et ont déjà été confrontés au harcèlement en ligne est passée de 7% en 2010 à 12% en 2014⁹⁰. Il est probable qu'avec une accélération de l'accès des jeunes aux technologies de l'information et la communication (TIC) dans la région (voir section sur les TIC ci-dessous), ces niveaux de harcèlement augmenteront.

«Violences basées sur le genre : forme de violence motivée par une discrimination fondée sur le genre, par des attentes concernant le rôle de tel ou tel genre ou par des stéréotypes relatifs au genre, ou qui résulte d'une différence de pouvoir liée au statut de chaque genre, et qui inflige, ou peut infliger, des préjudices ou des souffrances physiques, sexuels ou psychologiques». « Il existe de nombreuses formes de violence, y compris (mais sans s'y limiter) la violence physique, verbale, sexuelle, psychologique et socio-économique ».



Le harcèlement en ligne – un problème qui prend de l'ampleur

- 45% des femmes âgées de 18 à 45 ans ont déjà vécu une forme de violence sexiste en utilisant les réseaux sociaux.

Sondage de femmes âgées de 18 à 45 ans sur les plateformes Facebook et Twitter⁹¹.

- 34% des participants déclarent avoir été victimes de harcèlement en ligne.
- 39% disent connaître des groupes privés en ligne d'élèves dans lesquels des enfants échangent des informations sur d'autres en vue de les harceler.

Sondage U-report de 170 000 U-Reporters âgés de 13 à 24 ans⁹² dans 30 pays (dont 8 en AOC).

- 54% des participantes en Afrique déclarent avoir été victimes de harcèlement en ligne.
- Une fille sur quatre harcelée en ligne se sent en danger physique.

Sondage⁹³ de 14 000 filles dans 31 pays (dont 4 en AOC et 10 en Afrique subsaharienne) sur plusieurs continents.

⁸⁹ Étude effectuée par l'OIT en collaboration avec l'UNICEF dans quatre pays, dont le Congo-Brazzaville, citée dans UNFPA WCARO. 2018. Rapport sur les adolescents et les jeunes: Afrique de l'Ouest et du Centre.

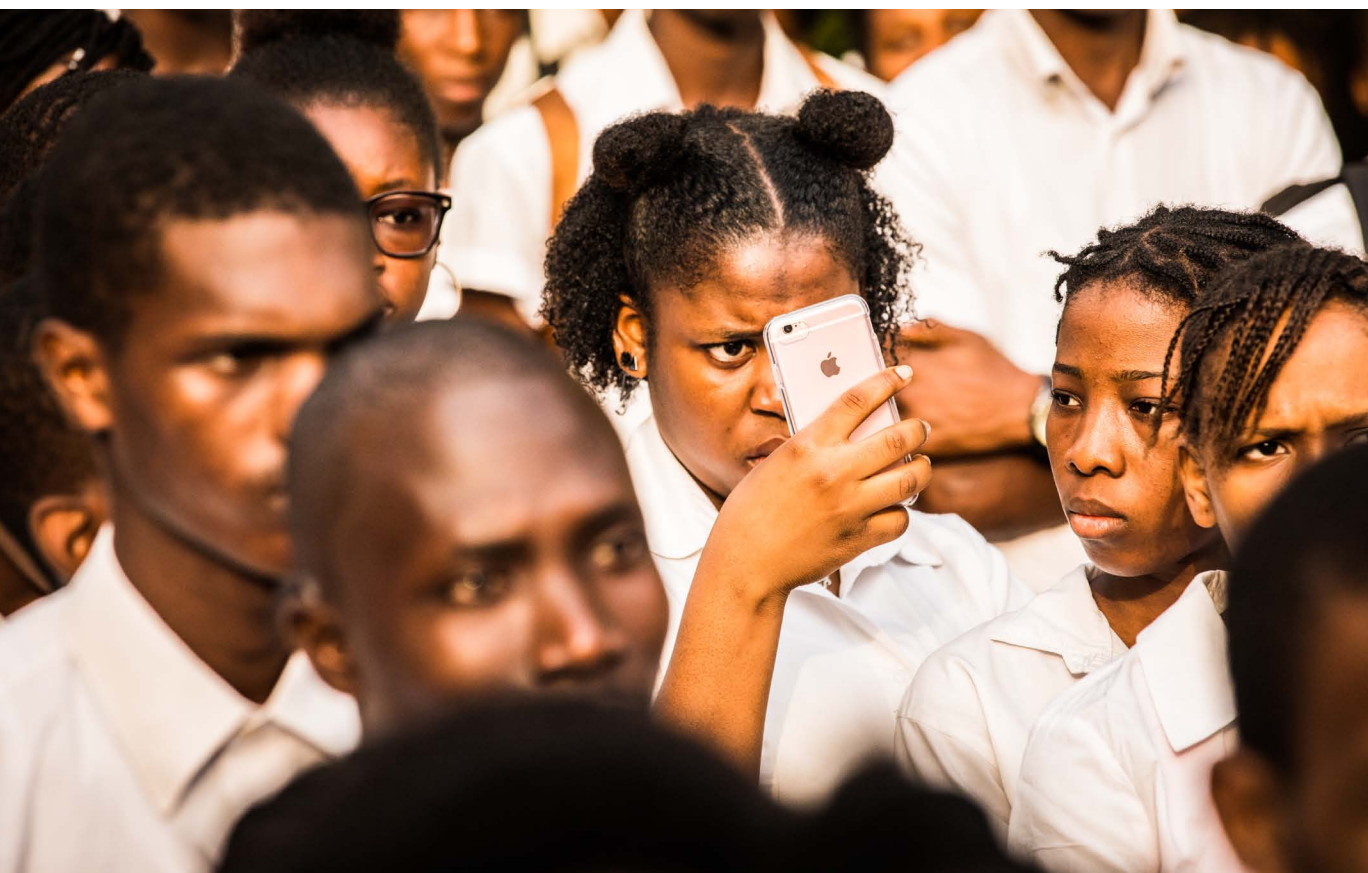
⁹⁰ UNESCO. 2019. Au-delà des chiffres : en finir avec la violence et le harcèlement à l'école.

⁹¹ Couvrant les pays suivants : Mauritanie, Sénégal, Mali, Burkina Faso, Niger, Gambie, Guinée Conakry, Sierra Leone, Libéria, Côte d'Ivoire, Ghana, Togo, Bénin, Nigeria, Cameroun, Gabon, République du Congo, République Démocratique du Congo (RDC). 2019. Internet Sans Frontières <https://internetwithoutborders.org>.

[org/jif2019-les-cyberviolences-sexistes-touchent-45-de-femmes-sur-les-reseaux-sociaux-en-afrique-centrale-et-occidentale/](https://jif2019-les-cyberviolences-sexistes-touchent-45-de-femmes-sur-les-reseaux-sociaux-en-afrique-centrale-et-occidentale/) (Consulté le 10 avril 2020).

⁹² UNICEF. <https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/un-tiers-des-jeunes-de-30-pays-victimes-harcèlement-en-ligne> (Consulté le 10 avril 2020).

⁹³ Plan International. 2020. Free to be online ? Girls' and young women's experiences of online harassment. <https://plan-international.org/publications/freetobeonline>.



Crédit photo : ©FFMuskoka/V.Tremeau

L'accès et l'utilisation des TIC

À l'heure actuelle, seul un quart de la population d'Afrique subsaharienne a accès à Internet⁹⁴. Le faible taux de possession de téléphones portables limite l'adoption de l'Internet mobile et il existe un écart entre les sexes quant à l'accès à Internet. Néanmoins, il faut noter⁹⁵ que l'Afrique de l'Ouest comptait 185 millions d'abonnements au téléphone mobile à la fin de 2018, ce qui équivaut à 48% de la population. Il est estimé que ce nombre atteindra 248 millions d'ici 2025. Le téléphone mobile est la principale plateforme d'accès à Internet, et fin 2018, l'Afrique de l'Ouest

comptait près de 100 millions d'utilisateurs d'Internet mobile.

Ce nombre devrait atteindre 183 millions en 2025. De plus, pour la première fois, la croissance future sera générée en grande partie par des jeunes possédant un téléphone mobile (plus de 40% de la population de la région a moins de 18 ans), ce qui entraînera un changement dans les comportements des consommateurs (les consommateurs plus âgés sont centrés sur l'usage de la voix, les jeunes sur les services de données, jeux, streaming, etc.).

⁹⁴ GSM Association. 2019. The State of Mobile Internet Connectivity 2019.

⁹⁵ GSM Association. L'économie mobile Afrique de l'Ouest 2019. https://www.gsma.com/mobileeconomy/wp-content/uploads/2020/03/GSMA_MobileEconomy2020_West_Africa_FRE.pdf.

⁹⁶ Plan International. 2018. Les filles dans la crise: voix du Bassin du Lac Tchad. <https://plan-international.org/publications/adolescent-girls-crisis-lake-chad-basin>.

Contextes humanitaires et fragiles

Les adolescents et jeunes sont particulièrement vulnérables dans les contextes de crises sanitaires (épidémies) et humanitaires. Ils ont un risque accru d'être exposés aux IST, y compris le VIH, aux GPND et mariages précoces ainsi qu'aux différentes formes de violences. Les adolescentes sont particulièrement à risque d'exploitation sexuelle, de viols et de trafic humain⁹⁶. Les adolescents et jeunes sont aussi à risque de recrutement dans un groupe armé. L'accès à l'éducation dans ces contextes est particulièrement difficile, ce qui se traduit par des abandons ou échecs scolaires. Souvent,

dans ces contextes, les adolescents et jeunes se retrouvent en situation de vulnérabilité et précarité, sans les compétences nécessaires pour pouvoir prendre des décisions saines, et sans les ressources (intellectuelles, matérielles et financières) qui leur permettraient de subvenir à leurs besoins. En outre, dans ces contextes, l'accès aux services de santé est restreint et la qualité est souvent affectée. Les contextes de crise sanitaires, humanitaires et fragiles présentent des taux de prévalence de troubles mentaux accrus, avec peu de services adaptés aux besoins des individus de 10-24 ans.

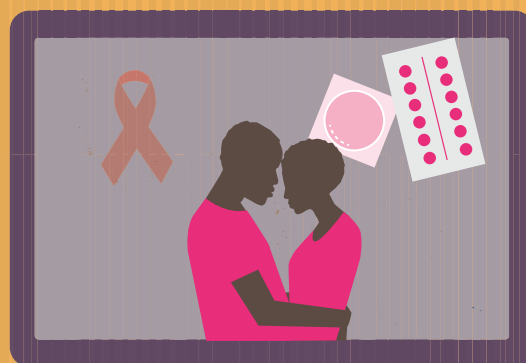


Crédit photo : ©Plan International

⁹⁶ Plan International. 2018. Les filles dans la crise: voix du Bassin du Lac Tchad. <https://plan-international.org/publications/adolescent-girls-crisis-lake-chad-basin>.



Les programmes
efficaces



Les programmes efficaces

La réponse aux besoins des adolescents et jeunes en AOC doit être fondée sur des données probantes. La recherche internationale a identifié les interventions efficaces et celles qui ne le sont pas⁹⁷. Certaines ont un impact sur l'utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes (10-24 ans), et/ou sur le changement de comportement et ont donc fait leurs preuves. Celles-ci incluent :

- Des services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes.
- Une politique de formation initiale et continue des prestataires de santé axée sur la santé des adolescents et jeunes.
- La formation des prestataires en services de SSR adaptés aux adolescents et jeunes, en concomitance avec une supervision formative in situ accompagnée d'un soutien aux prestataires.
- L'intégration des services de VIH et de SSR, y compris de contraception et de planification familiale (PF).
- L'EIC.
- La formation des enseignants sur l'EIC, en concomitance avec une supervision formative in situ accompagnée d'un soutien au personnel.
- L'implication des adolescents et jeunes, des parents/tuteurs, de la communauté, et des leaders religieux et communautaires dans les programmes pour les services de SSR et d'EIC.

D'autres, telles que l'offre de services au sein de centres de jeunes, l'éducation par les pairs et les réunions publiques de sensibilisation ne sont pas efficaces, ou bien elles n'atteignent pas leurs cibles.

Toutefois, une revue des interventions note que les approches qui se sont avérées efficaces lorsqu'elles sont scrupuleusement implémentées, telles que

l'EIC et les services adaptés aux adolescents et jeunes, ont tendance à ne pas être mises en place à plus grande échelle en raison de défis importants difficiles à relever (tels que l'ampleur des ressources humaines et financières nécessaires)⁹⁸. D'autres obstacles existent, par exemple dans l'environnement social, légal et politique. Néanmoins, l'expérience de la région nous montre le chemin et nous offre des solutions.

Les services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux adolescents et aux jeunes

« Les prestataires ne sont pas formés, les jeunes ne reçoivent pas de services, il y a des problèmes d'accès, de confidentialité, et la communication n'est pas adaptée. On voit les jeunes comme un groupe homogène, pas leurs différences et spécificités. C'est donc très difficile pour un jeune handicapé ».

Phadylatou Gouem, Jeune Leader et agent de gestion de données et d'information dans une ONG, Burkina Faso.

⁹⁷ Venkatraman Chandra-Mouli et al. 2015. Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights?. *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, S1eS6; Venkatraman Chandra-Mouli et al. 2015. What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Global Health: Science and Practice*, vol. 3, No. 3, pp. 333–340; World Health Organization (WHO) and Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). Global standards for

quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015).

⁹⁸ Venkatraman Chandra-Mouli et al. 2015. What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Global Health: Science and Practice*, vol. 3, No. 3, pp. 333–340.

La plupart des pays de la région ont des politiques ou des stratégies concernant les adolescents et jeunes, mais un grand nombre ne sont pas mises en œuvre du fait de l'insuffisance des ressources humaines et financières. Cependant, tous les pays de la région œuvrent pour améliorer la qualité, l'accès et l'utilisation des services de SSR.

Les réponses nationales se fondent sur les normes mondiales élaborées⁹⁹ par l'OMS pour améliorer la qualité des services. Elles reposent également sur des critères de mise en œuvre pour les centres de santé qui accueillent des adolescents et jeunes. Les services de SSR devraient, entre autres, être accessibles, acceptables, équitables, appropriés et efficaces.

Une étude¹⁰⁰ sur les éléments clés d'une mise en œuvre des services de SSR adaptés aux adolescents et jeunes en AOC documente les données probantes, les pratiques prometteuses, et les composantes clés. Trois aspects essentiels sont identifiés : la création d'un environnement favorable, le besoin de créer la demande, et les considérations techniques.

Créer un environnement favorable requiert :

- L'appropriation et le leadership du gouvernement.
- Un contexte légal et politique propice et protecteur, ce qui implique d'assurer la vulgarisation et l'application pleine et entière des lois et autres textes juridiques.



Crédit photo : ©FFMuskoka/V.Tremeau

- Une bonne coordination et collaboration intra et intersectorielle, avec les partenaires au développement, les organisations non gouvernementales (aux niveaux national, régional et local), les institutions universitaires et de recherche, le secteur privé et les communautés.

Créer la demande requiert :

- La participation, sensibilisation et autonomisation des adolescents et jeunes.
- Des EIC mises en œuvre à grande échelle et reliées aux services de SSR.
- Des systèmes d'orientation vers les points de prestation de services.
- La sensibilisation et mobilisation des parents, des communautés et des leaders communautaires et religieux.
- L'utilisation des TIC.

Les considérations techniques couvrent :

- Les points de prestation de services (PPS) qui mettront en œuvre les services.
- Le paquet de services à destination des adolescents et jeunes à mettre en œuvre à chaque niveau et pour chaque type de PPS.
- L'élaboration de normes et standards par type de PPS.
- Le renforcement des capacités des prestataires de santé, par le biais de la formation, la supervision et le soutien.
- Une campagne d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportements et de normes sociales. Le besoin de changer les mentalités est un élément essentiel. Ceci inclut entre autres la nécessité de s'attaquer aux inégalités de genre ; aux barrières socioculturelles ; aux raisons pour lesquelles les adolescents et jeunes n'utilisent pas les services ; aux idées reçues sur la planification familiale (PF), les contraceptifs et leurs effets secondaires.
- L'approvisionnement et une bonne gestion des intrants.
- Le suivi et l'évaluation.

⁹⁹ WHO and UNAIDS, Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015). Note d'orientation en français : Une approche fondée sur les normes pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescents. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246105/1/WHO-FWC-MCA-15.06-fr.pdf?ua=1>.

¹⁰⁰ UNFPA WCARO. 2019. Services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux adolescents et aux jeunes. Éléments clés pour une mise en œuvre et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre.



Les programmes d'éducation et d'information complètes

Les systèmes éducatifs en AOC, comme dans les autres régions du monde, sont en évolution. Certains pays entament des réformes nationales visant le développement d'une approche par les compétences et ayant pour but un système éducatif qui prépare les jeunes à acquérir les compétences clés exigées par l'évolution des sociétés et des modalités de travail¹⁰¹. L'EIC fait partie de cette évolution vers une éducation axée sur la transformation et centrée sur les apprenants. Elle contribue à développer, entre autres, les compétences de pensée critique, de résolution de problèmes, de prise de décisions, de négociation, de communication, ainsi que la résilience, les valeurs du respect de la diversité et l'égalité. L'EIC est un élément clé d'une éducation de qualité donnant aux apprenants l'autonomie nécessaire pour assumer et maîtriser leurs actes et contribuant à faire d'eux des citoyens en bonne

« Certains silences au nom de la pudeur sont suicidaires, brisons les tabous pour parler de la sexualité avec les jeunes ».

Imam Talouta Dioni, Burkina Faso

santé, responsables et productifs¹⁰². L'EIC répond donc aux besoins des apprenants au XXI^e siècle. Elle est l'une des composantes clés de l'éducation à la santé et au bien-être, d'un programme et d'une politique de santé scolaire.

¹⁰¹ Même si cette vision de la transformation de l'éducation est bien ancrée dans les documents politiques nationaux, sa traduction en pratique en vue de changer l'enseignement et l'apprentissage n'en est qu'à son début dans la plupart des pays, ou, parfois, n'est pas encore envisagée.

¹⁰² Rapport mondial de suivi sur l'éducation. UNESCO. Juin 2019. Document d'orientation 39. Regarder la réalité en face : pourquoi faut-il promouvoir l'éducation complète à la sexualité.



Crédit photo : ©FFMuskoka/V.Tremeau

Depuis des décennies, les pays de l'AOC enseignent différentes composantes de l'EIC, dans le cadre de programmes souvent dénommés « éducation à la vie familiale », « éducation aux compétences de la vie courante » ou encore « éducation à la prévention ». Ces programmes furent développés pour répondre à des besoins concrets telle la prévention du VIH. Néanmoins, les données telles que celles sur la compréhension complète sur le VIH démontrent le peu de progrès. En conséquence, la plupart des gouvernements de la région ont initié, avec leurs parties prenantes nationales, un processus pour mettre à jour et améliorer ces programmes.

L'EIC est un processus d'enseignement et d'apprentissage s'appuyant sur un programme

portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. L'EIC doit être scientifiquement correcte et être basée sur les droits humains et l'égalité de genre. Elle est dispensée de façon systématique aux apprenants sur la durée, dès le plus jeune âge, avec des objectifs d'apprentissage adaptés à leur âge. Les Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité¹⁰³ couvrent une grande diversité de thèmes à aborder : relations ; valeurs, droits, culture et sexualité ; compréhension de la notion du genre ; violence et sécurité ; compétences pour la santé et le bien-être ; corps et développement humain ; sexualité et comportements sexuels ; santé sexuelle et reproductive. Il incombe à chaque pays de les adapter au contexte local, conformément à la législation et aux politiques nationales en vigueur.

¹⁰³ UNESCO. 2018. Édition révisée. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité. Une approche factuelle.

L'expérience montre qu'un consensus national entre les acteurs principaux, tels que les autorités éducatives, sanitaires, religieuses et traditionnelles, les enseignants, les parents d'élèves et les jeunes, est crucial pour assurer la mise en œuvre des programmes.

Les pays de la région s'appuient sur leurs programmes existants, pour en améliorer l'efficacité et la pertinence. Les nouveaux programmes, élaborés au niveau national, ont pour but de développer les connaissances, compétences, attitudes et valeurs qui permettront aux adolescents et jeunes de s'épanouir — dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité — de développer des relations sociales

et sexuelles respectueuses, de réfléchir aux conséquences de leurs choix sur leur bien-être et sur celui des autres, et de comprendre leurs droits et de les défendre.

Un nombre croissant d'études^{104,105} démontre que l'EIC dûment mise en œuvre peut avoir de nombreux effets positifs. Elle limite la désinformation et accroît les connaissances pertinentes ; elle réduit les comportements à risque ; elle augmente le taux d'adoption de comportements responsables ; elle développe la capacité à prendre des décisions éclairées et à s'y conformer ; et elle favorise la communication avec les parents ou autres adultes de confiance.



Impact de l'éducation et l'information complètes



- Âge des premiers rapports sexuels
- Utilisation des préservatifs et autres contraceptifs
- Connaissance et estime de soi



- Rapports sexuels non protégés
- Nombre de partenaires sexuels
- Fréquence des rapports sexuels
- Prise de risque

Modifie les attitudes et normes négatives

L'EIC induit également des changements qui dépassent le strict cadre des résultats sur la santé, notamment la prévention et la réduction de la violence intime et sexiste du partenaire, la réduction de la discrimination, la multiplication des normes équitables en matière de genre, l'amélioration de l'efficacité personnelle et de la confiance en soi, l'établissement de relations plus solides et plus saines, ou encore l'amélioration des résultats de l'éducation.

¹⁰⁴ UNESCO. Paris. Décembre 2009. 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.

¹⁰⁵ UNFPA. New York. 2014. Orientations opérationnelles de l'UNFPA pour l'éducation complète à la sexualité : une approche axée sur les droits de l'homme et l'égalité des genres.

Une revue¹⁰⁶ des contenus des programmes d'EIC dans 23 pays de l'Afrique subsaharienne permet d'identifier les points forts et faibles des réponses. Dans huit pays, la composante Objectifs et Principes des programmes était la plus forte, suivie de, dans sept pays, un Contexte institutionnel fort. Mais dans dix pays, la plus grande faiblesse se rapporte aux contenus. Les programmes abordent le développement humain et l'autonomisation des jeunes mieux que les thèmes de la santé sexuelle et reproductive et les relations. L'attention accordée aux compétences de la vie courante est

prépondérante sur celle accordée aux normes sociales ou au genre. Les programmes destinés aux 15-18 ans sont les moins développés. Les points forts (Objectifs et Principes) démontrent que de nombreux ministères de l'éducation s'intéressent aux éléments qui rendent l'EIC efficace. Néanmoins, les auteurs soulignent l'importance d'accorder plus d'attention au contenu sur les relations et la santé sexuelle et reproductive, ainsi que sur les normes sociales et le genre, afin de rendre les compétences de la vie courante plus pertinentes et plus efficaces.



Crédit photo : ©Doug Linstedt/Unsplash

¹⁰⁶ Hospital, X., Herat, J., Machawira, P, Ngué, W., Castle, C. 2018. Can we make comprehensive sexuality education more effective? A review of 23 school-based comprehensive sexuality education programmes in sub-Saharan Africa.

Poster presented at the 22nd International AIDS Conference. Amsterdam, the Netherlands.

Leviers du succès pour une mise en œuvre de l'éducation et l'information complètes

Une étude¹⁰⁷ sur les conditions et actions qui s'avèrent être propices à l'institution ou à la mise en œuvre de l'EIC a identifié des « leviers du succès », entre autres :

L'institution d'un environnement favorable

Une volonté et un soutien politique à un haut niveau sont essentiels.

- Un plaidoyer pour rendre durable le soutien politique et budgétaire des gouvernements.
- L'identification et l'implication active d'« alliés » parmi les décideurs.
- L'appropriation du programme par le gouvernement et le leadership national.
- L'engagement du gouvernement de réagir face au VIH et au SIDA, aux GPND, et aux VBG.
- Une déclaration ministérielle de haut niveau et très médiatisée en faveur de l'EIC.

L'implication et le soutien des parties prenantes

- La constitution d'une coalition nationale d'acteurs à l'appui de l'EIC.
- L'identification d'alliés clés dans les communautés religieuses et locales qui pourront exprimer publiquement leur soutien au programme.
- L'implication active des enseignants, des parents, des adolescents et jeunes dans la promotion et l'élaboration du programme d'EIC.

Le Plaidoyer et la sensibilisation

- La mise en place d'activités continues de sensibilisation, d'information, de communication, de plaidoyer et de recherche de consensus pour surmonter les résistances et susciter l'adhésion de tous les acteurs, en particulier les parents, les administrations scolaires, les chefs religieux et les gouvernements.
- La production et la diffusion de données illustrant l'impact de l'EIC.
- L'utilisation de données sur les résultats

scolaires ventilées par sexe et par âge pour justifier l'introduction généralisée de l'EIC dans les écoles.

- L'établissement d'un lien entre l'éducation à la sexualité à l'école et l'amélioration de la qualité de l'éducation et la poursuite de la scolarisation, surtout chez les filles.

La réponse nationale

- L'élaboration d'un plan stratégique national préalable à la mise en œuvre du programme d'EIC.
- L'élaboration des modules de formation, guides pédagogiques et manuels de l'apprenant adaptés (niveau primaire et secondaire).
- La mise en œuvre des programmes nationaux, élaborés dans le pays, qui reconnaissent et respectent les convictions culturelles et religieuses, tout en tenant compte de l'évolution actuelle du style de vie, et en veillant à ce que les programmes conservent l'essentiel des éléments qui en font l'efficacité.
- La mise en œuvre de processus collaboratifs pour l'examen des programmes scolaires et le développement de contenus.
- L'acceptation éventuelle d'un changement d'identité du programme visant à rendre celui-ci plus acceptable sur les plans politique et culturel.
- Un soutien technique adéquat.
- Des partenariats efficaces (noués par des mécanismes formels), par exemple entre les ministères de l'Éducation et de la Santé, et entre des organismes publics et des organisations de la société civile.
- La mobilisation des ressources domestiques et externes pour soutenir la mise en œuvre de l'EIC.

¹⁰⁷ Adapté de : UNESCO. 2016. Leviers du succès. Programmes nationaux d'éducation sexuelle : études de cas. UNESCO, Paris.

« Lorsque j'ai atteint l'âge de la puberté, je n'ai pas pu en parler à ma mère. Nous n'avions pas ce genre de relation. J'ai préféré en parler à mon enseignante ».

Patricia Agyepong, Mère D'Akosua, #CSE and me Ghana

L'éducation et l'information complètes : des programmes en évolution

La plupart des pays de la région ont initié, avec les parties prenantes nationales, un processus pour mettre à jour et renforcer leurs programmes d'EIC. Les aperçus ci-dessous ne représentent pas des études de cas complets pour chaque pays, mais mettent en évidence certaines actions clés qui contribuent à la mise en œuvre et à l'échelle de l'EIC. Ils ne sont donc pas représentatifs des processus complets, et n'identifient pas les obstacles considérables qui existent dans certains pays.

Bénin – Une revue des différents projets d'EIC et une étude sur les GPND ont attiré l'attention sur les besoins et ouvert la discussion sur un sujet considéré comme tabou. L'ensemble des parties prenantes se sont concertées pour identifier les réticences et les obstacles, développer une compréhension commune de l'EIC, et élaborer le programme. Sur cette base, le pays a produit des guides pédagogiques de l'enseignant, des manuels de l'apprenant et un plan de communication. Une application, *Ma vie Mon Choix*, fut conçue pour éduquer sur la sexualité responsable et sur les questions de genre.

Cameroun – L'enseignement de l'EIC est institutionnalisé depuis 2006 dans les programmes de l'enseignement primaire, secondaire et normal à travers un arrêté interministériel. Des matériels pédagogiques pour les enseignants et les apprenants ainsi qu'un curriculum de formation et d'enseignement ont été développés. Des

supports d'autoformation sous forme de DVD et d'émissions radiophoniques permettent de renforcer les capacités des enseignants et de faciliter l'introduction de l'EIC dans les disciplines d'accueil.

Niger – La volonté politique, le leadership et l'appropriation de l'EIC ont été des éléments clés du progrès de la mise en œuvre au Niger. Un groupe de travail et un comité de pilotage ont été établis grâce à une forte implication du Secrétaire général du Ministère des enseignements secondaires et d'une de ses directions. Une feuille de route commune impliquant l'ensemble des partenaires guide la mise en œuvre de l'EIC et des services de santé adaptés. Le programme s'appuie sur des modules d'enseignement pour le secondaire, un module destiné aux Clubs de santé scolaire, et des ressources multimédias. Le processus a bénéficié de l'implication de leaders religieux, et un arrêté du Ministère a facilité la coordination autour de la feuille de route.

Nigéria – Le curriculum *Family Life / HIV Education* (FLHE) est intégré dans des disciplines porteuses telles que l'anglais ou l'éducation civique du primaire au secondaire, et dans la formation initiale des enseignants, y compris un programme de formation continue en ligne, en cours de développement. Le contenu du programme FLHE est en cours de révision et sera mis à jour. Le succès de la mise à échelle varie selon les États. Le programme a été

entièrement mis en œuvre dans l'État de Lagos. On estime les coûts à 6,90 USD par apprenant bénéficiant du programme complet.

RDC – Un programme national de l'éducation à la vie familiale a été validé par l'ensemble des acteurs du secteur de l'éducation et s'est concrétisé par le développement des manuels des apprenants et des guides de l'enseignant. Un arrêté ministériel stipule que toutes les écoles doivent mettre en œuvre le programme. Un groupe de coordination relatif à la SSR et à l'EIC, opérationnel, et une feuille de route intersectorielle annuelle, impliquant tous les acteurs, contribuent à l'efficacité et à la complémentarité des interventions. Grâce, entre autres, à des leçons télédiffusées sur la SSR, les parents et autres membres de communautés deviennent de plus en plus favorables à l'enseignement de l'éducation au sein de la vie familiale.

Sénégal – Une coalition des parties prenantes clés (ministères, jeunes, OSC, Nations Unies et autres) coordonne le développement du programme d'EIC. Elle a mis l'accent sur une compréhension commune de l'EIC et a organisé une série d'ateliers ayant débouché sur l'élaboration d'un référentiel sur l'EIC (les concepts clés et les objectifs d'apprentissage), basé sur les normes internationales, tenant

compte du contexte socioculturel, et répondant aux exigences techniques du Ministère de l'éducation nationale. L'implication d'organisations religieuses telles que le Réseau Islam et Population, qui recourt aux imams et au contenu des versets du Coran, contribue à changer les normes sociales et culturelles qui impactent l'accès à l'information et aux services de SSR.

Togo – Met en œuvre un programme depuis 1987. En 2009, deux arrêtés ministériels ont institutionnalisé l'éducation sanitaire à l'école pour la prévention du sida et des IST. Dans les écoles secondaires, une heure par semaine a été allouée à cet enseignement séparé. Les supports éducatifs ont été révisés, la formation des enseignants a été initiée, et la SSR rajoutée quelques années plus tard. Différents projets sont mis en place par les partenaires, mais aucun n'a été mis à échelle. Un Programme national de lutte contre les grossesses et mariages d'adolescentes (2015-2019) a été élaboré et mis en œuvre. Un sujet connexe, à savoir la violence en milieu scolaire, est traité par le biais d'un module spécifique sur lequel tous les chefs d'établissement du primaire ont été formés.

« (Avec mes) amis, on se racontait des bêtises concernant la sexualité. On se disait par exemple que, lorsqu'on doit avoir les premiers rapports sexuels, on n'a pas forcément besoin d'utiliser le préservatif, parce qu'on ne peut pas contracter d'IST, la fille ne peut pas tomber enceinte. Et maintenant, je peux leur dire avec assurance que même au premier rapport sexuel on peut tomber enceinte... J'ai eu la chance de pouvoir entrer dans un club santé et j'ai eu certaines informations qui ont pu m'ouvrir les yeux sur certaines réalités que je vivais et qui allaient m'amener à ma perte si je continuais. Parce qu'au départ, je n'avais pas l'information ».

Paul Philippe N'Guessan, Côte D'Ivoire, témoignage tiré de la campagne #JeVeuxSavoir



Les opportunités
pour une réponse
intégrale et
efficace



Les opportunités pour une réponse intégrale et efficace

« Je veux parler de ma petite sœur... Qui n'a pas pu terminer son cycle de couture parce qu'elle a contracté une grossesse précoce à l'âge de 14 ans... (C'est le résultat) du fait qu'à l'école primaire on ne donne pas d'information sur la sexualité, surtout en milieu rural... Donc tu suis un cycle où tu quittes l'école sans information sur la sexualité, ce n'est que vraiment en classe de première... qu'on parle vraiment de sexualité. Mais c'est simplement du cycle menstruel et tout, et des cours de reproduction en terminale. Mais à la base rien, ce qui fait que tu traverses l'adolescence... sans aucune information sur la sexualité. Et l'information que tu reçois, comme le cas de ma petite sœur, c'est « Évite les garçons! Ne traîne pas avec les garçons! ».

Euphrasie Coulibali, Côte D'Ivoire, témoignage tiré de la campagne #JeVeuxSavoir

Une réponse régionale

Les priorités régionales telles que la lutte contre les mariages d'enfants et les E/MGF, au travers, entre autres, de campagnes de l'Union africaine, ont bénéficié d'un appui et d'une reconnaissance à l'échelle régionale et nationale, ce qui a permis des progrès significatifs dans maints pays. Les campagnes et engagements régionaux (ou mondiaux) permettent l'identification des priorités, un consensus sur les approches efficaces et l'établissement d'une feuille de route. Ils permettent de coordonner les parties prenantes autour d'objectifs clairs et mesurables, et peuvent catalyser la mobilisation de ressources financières. De plus, une reconnaissance régionale facilite l'ouverture de la discussion sur un sujet souvent considéré comme tabou. Un *Engagement de l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour des adolescents et des jeunes éduqués, en bonne santé et épanouis* démontrerait l'importance accordée par la région à l'éducation, la santé et au développement des adolescents et jeunes, et permettrait une mobilisation des partenaires ainsi que des ressources financières et humaines pour mieux répondre à leurs besoins.



Crédit photo : ©FFMuskoka/V.Tremeau

«La région a besoin d'une approche holistique et commune. L'Engagement de l'AOC favoriserait un échange d'information et de stratégie, et permettrait de remédier au manque actuel de synergie. L'Engagement de l'AOC faciliterait la prise de décisions au niveau national et créerait une entraide et un soutien mutuel dans la région ».

Mohamed Zeidane, Secrétaire général du Ministère des enseignements secondaires du Niger

La volonté politique, le leadership et l'appropriation

L'expérience des programmes d'EIC et de SSR nous montre que ceux qui ont eu le plus de succès et qui sont les plus pérennes sont ceux qui ont été mis en œuvre dans un contexte où la volonté politique est forte et affirmée. Dans certains pays, cette volonté existe déjà. Dans d'autres, un plaidoyer sera nécessaire à tous les niveaux pour assurer une compréhension commune et une priorisation des besoins des adolescents et jeunes. Le leadership et l'appropriation du sujet par les politiciens et les autorités des ministères clés tels que l'éducation, la santé, la jeunesse, les affaires sociales et le genre sont essentiels pour encourager une discussion ouverte du sujet et une mise en œuvre efficace. Sans un leadership du gouvernement, les programmes d'EIC et de SSR stagneront et une mise en œuvre à l'échelle nationale sera plus difficile. Un leadership politique fort peut catalyser la mobilisation de ressources, ouvrir le dialogue sur la sexualité des adolescents et jeunes et contribuer à un changement des normes de genre et autres normes sociales qui engendrent des risques pour la santé.

Les adolescents et jeunes

Presque tous les intervenants notent l'importance d'interroger les adolescents et les jeunes sur leurs besoins et la meilleure façon d'y répondre. De même, l'importance de la participation des individus de cette tranche d'âge à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et évaluation des programmes d'EIC et de SSR, ainsi qu'au plaidoyer, a été démontrée par la recherche scientifique. Les jeunes interviewés pour ce rapport soulignent l'importance de reconnaître que ce groupe n'est pas homogène et que leurs spécificités doivent être reconnues et prises en compte dans les

programmes. Ces spécificités incluent entre autres la diversité d'âge, de genre, de situation de handicap, de contexte (urbain, rural, humanitaire, etc.), de niveau éducationnel, de niveau socio-économique, de religion et de culture. La participation de différents groupes d'adolescents et de jeunes est donc nécessaire, et les spécificités de ces groupes doivent être prises en considération durant le développement des programmes pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins de tous les adolescents et jeunes.

Surmonter les obstacles socioculturels

«La santé et le bien-être des adolescents et jeunes se heurtent aux valeurs, coutumes et traditions auxquelles on est attachées et qui deviennent des gros obstacles ».

Patrick Alain Fouda, RéCAJ+, Cameroun

La sexualité, un sujet tabou dans maintes sociétés, ainsi que la pesanteur socioculturelle rendent difficiles les discussions et débats sur la sexualité, et peuvent créer des obstacles à l'EIC, à l'accès et à l'utilisation de services de SSR. Les informations véhiculées par l'école, les parents, les amis, les leaders religieux, etc. sur la sexualité peuvent être contradictoires. Un programme de communication pour le changement social et de comportement, qui répondrait aux normes et attitudes sociétales négatives et sensibiliserait les parents, la communauté, les leaders religieux et communautaires sur la SSR des adolescents et jeunes, contribuerait à surmonter les obstacles.



Crédit photo : ©FFMuskoka/V.Tremeau

Les parents et la communauté

La littérature scientifique démontre que la participation des parents, des tuteurs, de la communauté et des leaders religieux et traditionnels dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'EIC et de SSR contribue significativement à surmonter les obstacles et à augmenter l'impact des programmes. Lorsqu'elles sont consultées et informées des contenus des programmes, la plupart des parties prenantes clés appuient la mise en œuvre d'une EIC et l'accès aux services de SSR. Néanmoins, certaines peuvent avoir des réticences, se poser des questions sur le contenu des curricula, ou se

sentir mal à l'aise autour d'un sujet considéré comme tabou. Ces sentiments sont normaux. Certains intervenants notent l'importance de mettre en place des stratégies de communication et des interventions qui répondent à ces réticences, en les ancrant dans une réponse à un problème spécifique identifié par la communauté (tel que le VIH ou les GPND), en utilisant un langage adapté et en démontrant d'une façon compréhensible les résultats de la recherche scientifique (par exemple le fait que l'EIC permette de retarder l'âge du premier rapport sexuel). Il est donc essentiel de reconnaître et comprendre ces réticences pour développer une réponse adaptée.



Crédit photo : ©Annie Spratt/Unsplash

« Il faut démarquer la coutume de la religion. La religion n'est pas un obstacle aux services de santé et l'éducation sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes ».

Iman Mohamed Lamine Camara, Côte d'Ivoire

Les leaders religieux et traditionnels – des partenaires essentiels au développement d'un environnement social propice

Étant donné l'importance de l'environnement social pour la santé et l'éducation des adolescents et jeunes, il est essentiel d'inclure les leaders religieux et communautaires dans l'élaboration des programmes d'EIC et de services de SSR. Une compréhension commune de ce que sont l'EIC et l'accès aux services de SSR, ainsi que le soutien et la validation de ces leaders permettront de surmonter de nombreux obstacles à l'accès.

La religion et les textes religieux ne sont pas en eux-mêmes des obstacles et, dans certains cas, pourraient même appuyer la mise en œuvre de l'EIC et des services de SSR. Le sexe n'est pas un tabou dans l'islam : la menstruation, la puberté et la violence sexuelle sont traitées dans les sourates. Les textes religieux de l'islam et de la chrétienté soulignent l'importance du savoir et de la connaissance, renforçant l'importance de donner aux adolescents et aux jeunes des connaissances et des compétences pour se protéger.

Les leaders religieux interviewés pour ce rapport soulignent qu'une faible connaissance des

textes originaux peut engendrer une mauvaise compréhension et une interprétation réductrice de la religion et des tabous. Pour pallier cette situation, de nombreux pays dans la région ont commencé à élaborer un argumentaire, musulman et chrétien, pour appuyer l'interprétation des textes religieux. Les intervenants notent le besoin de développer un argumentaire commun fiable qui pourrait être adapté par chaque pays de la région. Cet argumentaire leur permettrait de former les leaders religieux, ainsi que d'informer et sensibiliser leurs fidèles. De plus, la traduction en langues locales permettrait une meilleure compréhension et diffusion des connaissances et des messages sur l'EIC et la SSR.

Un contexte légal et politique propice et l'application effective des politiques et lois

Un contexte légal et politique adéquat est essentiel pour mettre en œuvre et augmenter la couverture des services de SSR et de l'EIC. Une revue¹⁰⁸ dans cinq pays de l'Afrique de l'Ouest note que, même si les services de SSR adaptés aux adolescents et jeunes sont inclus dans les politiques, législations et stratégies, l'ambiguïté légale sur l'âge du consentement et l'accès aux contraceptifs et autres services de SSR implique

que la prestation de services est dépendante du prestataire et peut donc être affectée par les préjugés de ce dernier. De plus, il existe un manque d'harmonisation entre la législation et la politique, ainsi qu'une insuffisance de vulgarisation et d'application des lois et des textes juridiques. La situation est similaire pour l'EIC. De nombreux pays de la région ont un cadre politique propice à l'EIC, mais la mise en œuvre ne suit pas. Les pays qui ont signé des décrets d'application ou des arrêtés ministériels et ont établi des systèmes de responsabilisation sont ceux qui ont eu le plus de succès.

Une société civile dynamique

La région bénéficie d'une société civile dynamique tant à l'échelle régionale que nationale et locale. Au niveau régional, différentes coalitions telles que la Coalition régionale des organisations de la société civile pour le repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone (CROSC-PF) et l'Alliance des religieux de l'Afrique de l'Ouest pour la promotion de la santé et le développement (ARAO-SD) renforcent les capacités des OSC nationales. Au niveau national, ainsi qu'au niveau local, maintes organisations œuvrent dans ce domaine et sont des parties prenantes clés, essentielles à la mise en œuvre et à l'échelle des programmes.

L'engagement des adolescents et jeunes pour résoudre leurs propres problèmes est un élément clé. L'expérience globale démontre que l'efficacité des interventions en matière de SSR est d'autant plus forte quand les adolescents et les jeunes participent à leur élaboration, leur mise en œuvre, leur évaluation et au plaidoyer en leur faveur¹⁰⁹. Cette participation est plus développée dans certains pays de la région que dans d'autres. De plus, la perception erronée que les jeunes forment un groupe homogène persiste, affectant la qualité de leur engagement. Il est essentiel de s'assurer qu'une diversité d'âge, de genre, de handicap, de contexte (urbain et rural), de niveau éducationnel, et de niveau socio-économique et culturel (incluant la religion) est représentée.

L'accès et l'utilisation des TIC

Les technologies de l'information et de la communication (TIC) deviennent de plus en plus importantes dans la vie des adolescents et des jeunes. Pour la plupart, ils ont accès aux réseaux sociaux (grâce à la téléphonie mobile) et aux médias (télévision, radio, etc.), bien qu'il existe des disparités d'accès entre les zones urbaines et rurales. Les TIC permettent un accès simple et anonyme à l'information (par exemple sur la SSR) et créent des liens sociaux. Malheureusement, les TIC peuvent aussi véhiculer de fausses informations et le réseau mondial peut être une source de préjudice et de harcèlement. Trop souvent, les jeunes ne savent pas faire la différence entre les différentes sources. La désinformation, le cyberharcèlement et les sextos (entre autres) prennent de l'ampleur à l'échelle globale. L'impact négatif des TIC peut à son tour affecter la confiance en soi et la santé mentale. Une éducation basée sur les compétences de la vie courante est essentielle pour permettre aux jeunes de faire le tri des informations véhiculées ainsi que pour les protéger des risques intrinsèques à l'utilisation d'Internet. Les informations véhiculées en ligne sur la pandémie actuelle de la COVID-19 illustrent aussi bien les aspects positifs que négatifs d'Internet. Un grand nombre d'informations incorrectes ainsi que des théories du complot font barrière à une réponse efficace dans certains contextes, mais le numérique permet aussi un transfert rapide d'informations ainsi que leur actualisation. De plus, dans les pays où les TIC sont développées et où les écoles ont été fermées, les TIC permettent aux enfants et adolescents de poursuivre leurs études et de réduire leur retard scolaire. Il faut toutefois noter que ces mêmes TIC peuvent aggraver les inégalités éducatives lorsque seule une partie de la population y a accès.

¹⁰⁸ Papworth, E. and Nelson, N. 2017. Review of Adolescent and Youth Policies, Strategies and Laws in Selected Countries in West Africa. Dakar, UNFPA.

¹⁰⁹ UNFPA WCARO. Services de Santé Sexuelle et Reproductive adaptés aux Adolescents et aux Jeunes. Éléments clés pour une mise en œuvre et mise

à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre. https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR-UNFPA-WCARO-MUSKOKA-ECS-AYSRRH-Report-WEB_1.pdf.



Conclusion



Conclusion

L'adolescence est un moment clé dans le développement d'un individu. C'est durant l'adolescence que l'individu acquiert les ressources physiques, cognitives, émotionnelles, sociales et économiques qui sont les fondations pour la santé future, le bien-être et la réussite scolaire¹¹⁰. C'est à ce moment-là que les comportements sains se concrétisent, et que les mauvaises habitudes telles que le tabagisme, la consommation nocive d'alcool et de drogues, une alimentation malsaine, l'inactivité physique et les comportements sexuels à risque débutent.

L'expérience régionale et globale nous montre que nous pouvons avoir un impact positif sur la santé, l'éducation et le bien-être des adolescents et jeunes, même avec peu de ressources humaines et financières. De nombreux succès sont à noter dans la région, qu'il s'agisse de programmes de SSR et d'EIC, ou de campagnes visant les mariages d'enfants et les E/MGF. Ces succès nous montrent le chemin.

L'expérience régionale¹¹¹ met en évidence certains éléments clés d'une réponse nationale efficace :

- Les données et les études, telles que celles sur les GPND, permettent d'identifier les problèmes, d'initier la discussion sur des sujets souvent tabous et de développer une réponse efficace.
- Le leadership et l'appropriation par le gouvernement sont essentiels pour une mise en œuvre efficace, à grande échelle et pérenne.
- La cible, les adolescents et les jeunes, doit être prise en compte. Ils doivent participer à l'élaboration, à la mise en œuvre, à l'évaluation des programmes et au plaidoyer.
- La participation et le soutien des communautés, à commencer par les parents

et les leaders religieux et traditionnels, sont essentiels au succès des programmes d'EIC et de SSR.

- L'élaboration d'une feuille de route nationale en concertation avec les parties prenantes clés permet de développer une compréhension et des buts communs, et d'assurer que les intervenants se conforment aux priorités nationales.
- L'élaboration d'un plan d'action national chiffré et validé, qui inclut un cadre de suivi et d'évaluation, une division claire des rôles, et qui met en place un système de responsabilisation et assure son application, facilite la mise en œuvre.
- Un système de collaboration et de coordination multisectorielle est essentiel pour une mise en œuvre efficace.
- La mise en œuvre d'un plan de plaidoyer visant tous les niveaux et ciblant les parents et les leaders religieux et politiques permet de réduire les préjugés sur les programmes et d'accroître leur légitimité.
- La mise en place d'un cadre légal, politique et stratégique idoine crée un contexte propice à la mise en œuvre des programmes et à la protection de la santé et du bien-être des adolescents et des jeunes.
- L'efficacité des programmes dépend des liens établis entre l'EIC et les services de SSR adaptés aux adolescents et jeunes.
- Une réflexion sur la pérennisation est essentielle. Les projets à budget et durée définis peuvent accomplir beaucoup, mais les avancées sont le plus souvent compromises quand le financement disparaît. L'intégration dans les budgets et plans de l'État est donc essentielle.

¹¹⁰Traduit de Patton, G.C.; et al. 2016. Our future: a Lancet commission on adolescent health. The Lancet. 2423-2478.

¹¹¹Entre autres : UNFPA WCARO. Services de Santé Sexuelle et Reproductive adaptés aux Adolescents et aux Jeunes, Éléments clés pour une mise en œuvre

et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre et, L'Éducation complète à la sexualité, Éléments clés pour une mise en œuvre et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Il incombe aux pays de la région de développer des réponses nationales coordonnées et multisectorielles qui répondent aux besoins de tous les adolescents et jeunes. Cette réponse globale à leurs besoins requiert une mise en œuvre et mise à l'échelle d'EIC et de services de santé sexuelle et reproductive adaptés à leurs besoins. Un engagement régional, *l'Engagement de*

l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour des adolescents et des jeunes éduqués, en bonne santé et épanouis démontrerait l'importance accordée par la région aux adolescents et aux jeunes, et permettrait une mobilisation des ressources financières et humaines pour répondre à leurs besoins. Les opportunités existent; désormais, c'est la manière dont nous saisissons ces opportunités qui compte.

« Il est évident que les problèmes de gestion de la sexualité chez les jeunes demeurent d'actualité. Ils affectent profondément, et continueront d'affecter la qualité de vie de nos enfants, et partant, celle de nos familles et de la société en général, si nous ne nous attelons pas à les résoudre. Il nous faut donc apporter une riposte proportionnelle aux défis à relever. Il nous faut redoubler d'efforts, mutualiser nos ressources et ajuster nos stratégies, pour plus d'efficacité et d'efficience ».

Pr Patrick Mouguiama-Daouda, Ministre de l'éducation nationale, Gabon





La région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) connaît une population croissante d'adolescents et de jeunes. En étant éduquée, en bonne santé et épanouie, cette population représente une opportunité sans précédent de tirer profit du dividende démographique. Cependant, des obstacles majeurs, tels que notamment le manque d'accès à une éducation de qualité et les taux élevés d'abandon scolaire, de violence basée sur le genre et de grossesses précoces et non désirées, devront être surmontés pour y parvenir. Répondre à ces besoins fait partie des priorités de l'Agenda 2063 de l'Union africaine et des Objectifs de développement durable relatifs à la santé, à l'éducation et à l'égalité de genre.

Ce rapport présente des données sur le statut des adolescents et des jeunes en AOC en ce qui concerne les indicateurs clés affectant leur bien-être. Les domaines thématiques couverts sont l'éducation, la santé et l'égalité de genre. **L'Engagement de l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour des adolescents et des jeunes éduqués, en bonne santé et épanouis** sera un catalyseur indispensable pour débloquer des ressources, encourager la collaboration intersectorielle et développer des programmes d'éducation et des services de santé efficaces qui conduiront le développement de la région vers la vision partagée d'un continent africain prospère.