



ALLIANCE DROITS ET SANTÉ
Réseau d'ONG pour les femmes d'Afrique

ENGAGÉ-E-S POUR L'ECS !

S'engager pour une éducation complète
à la sexualité et des services de santé sexuelle
et reproductive pour les adolescent·e·s et les jeunes
dans les pays du Partenariat de Ouagadougou.



Document de positionnement
2020-2021

SOMMAIRE

Avant-propos	3
Pourquoi agir sur l'ECS en Afrique de l'Ouest francophone ?	4
Comment agir pour l'ECS en Afrique de l'Ouest francophone ?	8
Leviers d'actions	20
Annexes	22
Bibliographie	25

SIGLES

A&J Adolescent·e·s et Jeunes	OSC Organisations de la Société Civile
Cedeao Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest	PF Planification familiale
CLV C'est la vie	PO Partenariat de Ouagadougou
DD Dividende Démographique	PTF Partenaires Techniques et Financiers
DSSR (AJ) Droits et Santé Sexuels et Reproductifs (des Adolescent·e·s et des Jeunes)	SRMNI Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent·e
ECS Éducation Complète à la Sexualité	SSR (AJ) Santé Sexuelle et Reproductive (des Adolescent·e·s et Jeunes)
GFF Global Financing Facility Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents, Banque mondiale	UNESCO Organisation des Nations Unies pour l'Éducation et la Culture
IST Infection Sexuellement Transmissible	UNFPA Fonds des Nations Unies pour la Population
ODD Objectifs de Développement Durable	VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine
OMS Organisation Mondiale de la Santé	
OOAS Organisation Ouest Africaine de la Santé	

AVANT-PROPOS

Ce document décline le positionnement d'Alliance Droits et Santé sur la nécessité de mettre en œuvre des programmes d'Éducation Complète à la Sexualité (ECS) à l'école et hors école et de favoriser l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescent·e·s et jeunes en l'Afrique de l'Ouest. Au travers de données mobilisées par différentes agences onusiennes (notamment l'OMS, l'UNFPA et l'UNESCO), de centres de recherches et la présentation de pratiques prometteuses, Alliance présente ici les raisons de son engagement en faveur de l'ECS et ses revendications. En 2020-2021, l'ensemble de cette réflexion a été complétée par une campagne de mobilisation citoyenne, #JeVeuxSavoir.

Alliance droits et santé

Créé en 2013, le réseau Alliance Droits et Santé a pour objectif d'améliorer le statut et la santé des femmes et des filles d'Afrique de l'Ouest. L'Alliance regroupe des associations spécialistes du domaine ainsi que des mouvements de jeunes et de femmes. Leur expertise porte sur les droits et la santé de la reproduction, la planification familiale ainsi que le genre.

Engagée dans les dynamiques régionales favorables aux DSSRAJ (Partenariat de Ouagadougou¹, collaborations avec l'OOAS, UNFPA et UNESCO WCARO), l'Alliance est également active à l'échelle nationale dans 6 pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger et Sénégal).

#JeVeuxSavoir : une campagne dédiée à l'ECS

Au printemps 2020, l'Alliance a lancé la campagne #JeVeuxSavoir avec pour ambition principale de créer les conditions d'un dialogue sur les besoins des jeunes, de connaître leurs droits et d'avoir accès à des services de qualité en santé sexuelle et reproductive.

Avec cette campagne, l'Alliance appelle à un engagement fort de la part des autorités sanitaires et éducatives des pays membres du Partenariat de Ouagadougou sur le sujet. Elle s'inscrit dans la campagne régionale ECS, initiée par l'UNESCO & UNFPA et dont l'objectif est d'obtenir des autorités d'Afrique de l'Ouest et du Centre citées ci-dessus, l'engagement à faire de l'ECS une priorité pour des adolescent·e·s et jeunes éduqué·e·s, en bonne santé et épanoui·e·s.

L'Alliance invite les autorités sanitaires et éducatives à :

- **Garantir une démarche qualité** en assurant un continuum entre la demande créée par une ECS respectueuse de l'approche par les droits et les services de DSSRAJ déployés par le gouvernement.
- **Prendre en compte les besoins de l'ensemble des adolescent·e·s et jeunes**, notamment des jeunes filles, en matière d'ECS et de services DSSRAJ, quelque soit leur âge, sexe, localité, qu'elles et ils soient scolarisé·e·s ou non.
- **Assurer des financements domestiques durables** pour les programmes d'ECS et les services DSSRAJ, et les maintenir même en temps de crise.





▲ Événement de mobilisation en Côte d'Ivoire, 2020 © Soumahoro Fabrice

POURQUOI AGIR SUR L'ECS EN AFRIQUE DE L'OUEST FRANCOPHONE ?

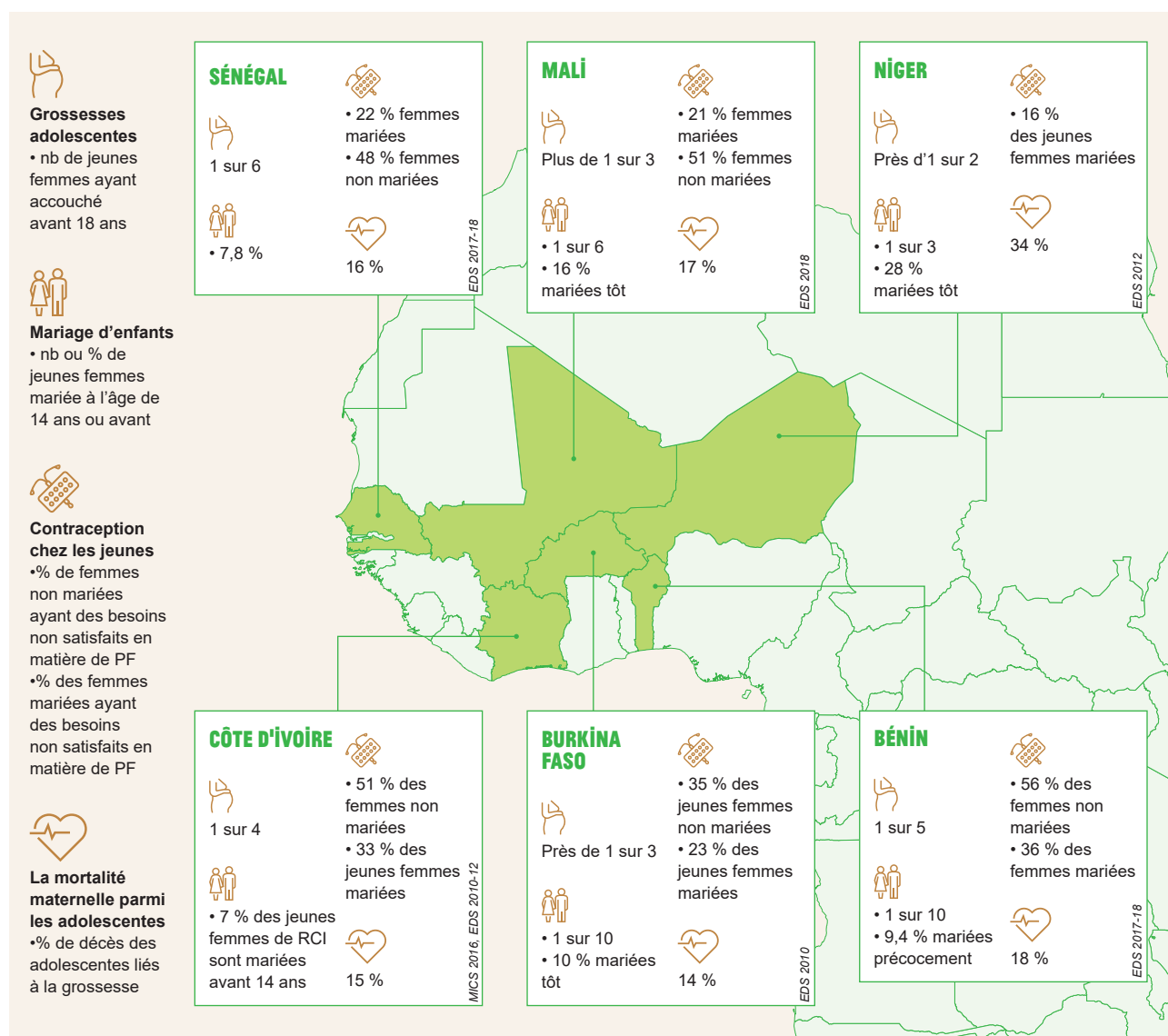
01 PARCE QUE LA SITUATION DES ADOLESCENT-E-S ET DES JEUNES EST PRÉOCCUPANTE

En Afrique de l'Ouest et du Centre, 64 % de la population est âgée de moins de 24 ans et les adolescent-e-s de 10 à 19 ans représentent 23 % de la population². Elles et ils ne constituent pas une « catégorie » homogène. Leur situation, leurs besoins et leurs contraintes spécifiques varient selon le sexe, l'âge, le lieu de résidence (zone rurale ou urbaine, zone de conflit), leur situation scolaire ou matrimoniale. Ces adolescent-e-s et jeunes ont d'importants besoins en matière de DSSR.

2. 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, UNFPA WCARO, (2018).

Données clés sur les DSSRAJ dans les pays de l'Alliance

Données extraites des fiches pays réalisées dans le cadre de la campagne Engagement de l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour des adolescents et des jeunes éduqués, en bonne santé et épanouis.



02 POUR RESPECTER LES ENGAGEMENTS PRIS À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE ET RÉGIONALE

Dans ce contexte, le respect, la protection et la mise en œuvre des DSSRAJ demeurent une priorité de santé publique et de développement.

La promotion des DSSR conditionne fortement l'efficacité des programmes dans tous les secteurs, de la lutte contre le changement climatique aux réponses à apporter aux situations de crise, en passant par le développement économique. L'exemple du secteur de l'éducation est peut-être le plus parlant. La réalisation des DSSR des jeunes et des adolescent·e·s conditionne l'accès à une éducation de qualité pour toutes et tous. Les progrès des systèmes éducatifs ouest-africains sont considérablement ralentis par des facteurs tels que les taux élevés de grossesses non désirées et de mariages d'enfants, qui contraignent les jeunes filles à abandonner leurs études. Construire plus d'écoles et accroître les effectifs d'encadrement est nécessaire, mais insuffisant tant qu'une proportion significative des élèves est déscolarisée et que l'apprentissage des élèves est perturbé par des questions de santé ou de non-garantie des droits. Ces enjeux doivent donc être abordés comme un

tout. D'un côté, l'école doit être un endroit sûr qui protège de toute atteinte aux DSSR (violences sexuelles, transmission des Infections Sexuellement Transmissibles, etc). De l'autre, remettre le chaînon manquant des DSSR dans le circuit des politiques de santé, de jeunesse et d'éducation permettra de maximiser l'impact des politiques de développement. La promotion d'une ECS de qualité – en milieu scolaire et hors milieu scolaire – associée à une politique de santé favorisant l'accès aux services de SSR pour les A&J est l'un des outils clés pour l'atteinte de ces ambitions. C'est d'ailleurs ce à quoi se sont engagés les gouvernements africains à plusieurs reprises lors de conférences régionales et internationales (voir Annexes, p.22). Approche encore peu développée en Afrique de l'Ouest, la promotion de l'ECS est notamment un levier essentiel pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD), notamment l'objectif 3 pour la santé et le bien-être, l'objectif 4 pour une éducation de qualité et l'objectif 5 pour l'égalité entre les femmes et les hommes.

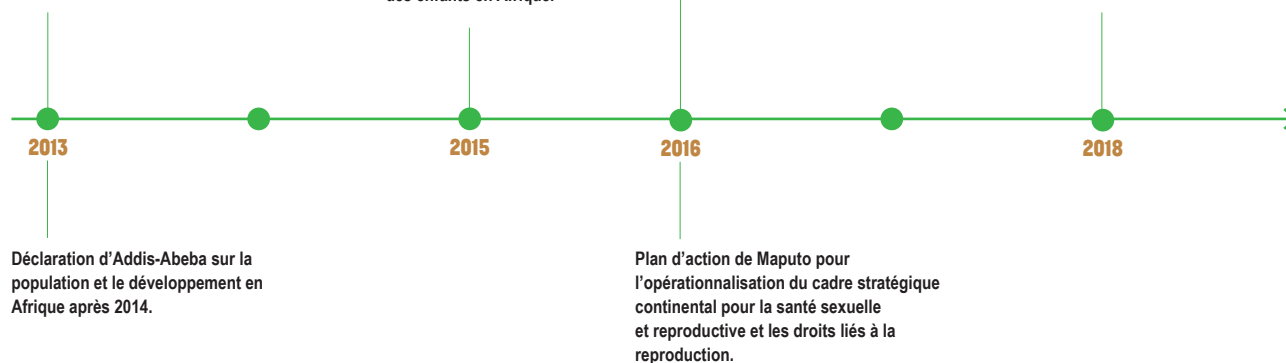
Quelques engagements africains clés

Engagement ministériel sur l'éducation sexuelle complète et les services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes en Afrique Orientale et Australe.

Position Africaine commune sur mettre fin au mariage des enfants en Afrique.

Feuille de route de l'UA pour « tirer pleinement profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse ».

Conférence Panafricaine de Haut Niveau sur l'éducation : Déclaration de Nairobi et Appel à l'Action sur l'éducation.



03 PARCE QU'IL EST SCIENTIFIQUEMENT DÉMONTRÉ QUE L'ECS EST UNE PRATIQUE À HAUT IMPACT

Le rapport sur l'ECS en Afrique de l'Ouest et du Centre de UNFPA (2018)³ indique que « de nombreux articles⁴ ont été publiés sur l'efficacité des programmes d'ECS en milieu scolaire. (...) Ils notent que les apprenants bénéficiaires sont plus informés sur le VIH, ont moins de partenaires sexuels, sont plus susceptibles de retarder l'initiation sexuelle, ou de refuser des relations sexuelles et de demander l'utilisation de préservatifs. [Ces études] concluent que les programmes d'ECS en milieux scolaires, appuyés par des programmes efficaces, et qui comprennent des composantes scolaires et extrascolaires (par exemple la formation de prestataires de santé en SSRAJ, la distribution de préservatifs et la participation des enseignants, des parents et de la communauté dans l'élaboration du programme) ont le plus grand impact sur le changement de comportements liés au VIH. »

Ainsi, dûment mise en œuvre, l'ECS aura un impact significatif sur la vie des adolescent·e·s et jeunes⁵. Elle peut :

- ▶ **limiter la désinformation** et accroître les connaissances pertinentes ;
- ▶ **limiter les comportements à risque** en réduisant la fréquence des rapports sexuels non protégés ;
- ▶ **augmenter le taux d'adoption de comportements responsables** tels que le recul de l'âge du premier rapport sexuel, une utilisation accrue du préservatif et autres contraceptifs ;
- ▶ **identifier et renforcer les valeurs** et les attitudes positives ;
- ▶ **développer la capacité** à prendre des décisions éclairées et à s'y conformer ;
- ▶ **améliorer la perception** des normes des pairs et de la société ;
- ▶ **favoriser la communication** avec les parents ou autres adultes de confiance ;
- ▶ **favoriser une éducation** intégrale et de qualité.

3. *L'Education Complète à la Sexualité : Éléments clés pour une mise en œuvre et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre*, UNFPA WCARO (2018) p. 16.

4. *Review of the Evidence on Sexuality Education. Report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education*, UNESCO (2016).

5. *L'Education Complète à la Sexualité : Éléments clés pour une mise en œuvre et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre*, UNFPA WCARO (2018) p. 18.



▲ Événement de mobilisation en Côte d'Ivoire, 2020 © Soumahoro Fabrice

COMMENT AGIR POUR L'ECS EN AFRIQUE DE L'OUEST FRANCOPHONE ?

Le travail d'Alliance Droits et Santé repose sur la promotion auprès des autorités des pays du Partenariat de Ouagadougou – notamment les ministères de la Santé et de l'Éducation – de trois principes nécessaires à une bonne mise en œuvre de l'ECS.

Les trois demandes prioritaires d'Alliance Droits et Santé en matière d'ECS

1. Garantir la qualité des politiques et programmes d'ECS
2. Avoir pour ambition d'atteindre tous.toutes les jeunes
3. S'engager pour des financements durables et leur maintien en temps de crise

01 GARANTIR LA QUALITÉ DES POLITIQUES ET PROGRAMMES D'ECS



▲ Événement de mobilisation au Bénin, 2020 © Scoutisme Béninois

Garantir une démarche qualité en assurant un continuum entre la demande créée par une ECS respectueuse d'une approche par les droits, fondée sur l'égalité de genre et les services de DSSRAJ déployés par le gouvernement.

Pour mettre en œuvre cette recommandation, les autorités sont invitées à porter une attention particulière aux éléments suivants :

Mettre en œuvre une démarche qualité

Dans ses principes directeurs, l'UNESCO rappelle qu'une « éducation à la sexualité de qualité fournit une information correcte et complète en mettant l'accent sur des valeurs et des relations positives. L'éducation à la sexualité ne se borne pas à la sexualité, mais donne des informations sur le corps, la puberté, les relations interpersonnelles, les compétences pour la vie courante, etc.⁶ ».

Ainsi, agir en respectant une démarche qualité implique de dispenser l'ECS dans les contextes scolaires, sanitaires, communautaires en s'assurant que cet enseignement soit :

- Scientifiquement exact
- Progressif et continu
- Adapté à l'âge et au niveau de développement
- Basé sur un programme d'enseignement
- Complet
- Fondé sur une démarche inspirée des droits humains
- Fondé sur l'égalité de genre
- Adapté à la culture et au contexte
- Transformateur
- À même de développer les compétences pour la vie courante nécessaires à l'appui de choix sains et éclairés

Une ECS respectueuse de l'approche par les droits et fondée sur l'égalité de genre

Les principes directeurs de l'UNESCO rappellent que « recourir à une démarche inspirée des droits humains dans le contexte de l'ECS implique de sensibiliser les jeunes, en les encourageant à prendre conscience de leurs droits, à reconnaître et respecter les droits des autres, et à défendre ceux dont les droits sont violés. Donner accès aux jeunes, sur un pied d'égalité, à l'ECS est conforme à leur droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Ceci inclut la possibilité de faire des choix sexuels sûrs, responsables, respectueux et libres de toute contrainte et violence, ainsi que leur droit d'accéder aux informations dont ils-elles ont besoin pour gérer efficacement leur santé⁷ ». Une attention particulière doit être portée à la mise en place d'actions ECS visant spécifiquement les jeunes filles dans le contexte ouest-africain.

Cette approche par les droits est inclusive d'un enseignement de l'ECS abordant « les différentes façons dont les normes de genre peuvent influencer les inégalités⁸ » et sur comment ces inégalités impacteront l'état de santé général et le bien-être des jeunes. Ainsi, une ECS fondée sur l'égalité de genre permet de mettre en discussion le « rôle central et diversifié du genre dans la vie des individus, [d'examiner] les normes de genre façonnées par les différences et similarités culturelles, sociales et biologiques et [d'encourager] la création de relations interpersonnelles

respectueuses et équitables fondées sur l'empathie et la compréhension⁹ ».

Selon l'UNICEF¹⁰, la violence est la deuxième cause de mortalité chez les adolescentes dans le monde et plus d'une fille sur dix dans le monde a connu un rapport sexuel forcé ou d'autres actes sexuels forcés ou toute autre forme de violence de la part de leur partenaire intime à un moment de sa vie. L'ECS est un outil permettant d'aborder la question du consentement, de la contrainte et de la violence pouvant rompre le silence sur ces violences et encourager les jeunes, en particulier les jeunes filles, à chercher de l'aide¹¹. Elle permet de développer l'estime de soi et des compétences en matière de décisions et négociations des adolescent·e·s et des jeunes.

La nécessité de lier le déploiement de l'ECS au travail de renforcement de l'accès aux services de santé

Pour être efficace et inscrit dans une démarche qualité, le déploiement de l'ECS doit se faire en phase avec des politiques facilitant l'accès et l'utilisation de services de SSRAJ, notamment par les jeunes filles. En effet, plusieurs études¹² ont montré que l'ECS a une plus grande incidence lorsque les programmes proposés à l'école sont complétés par des interventions telles que la distribution de préservatifs ou les formations des prestataires de santé aux approches de fourniture de services adaptés aux besoins des adolescent·e·s et des jeunes – notamment ceux des jeunes filles. Il a été prouvé que la mise en œuvre concomitante de ces interventions est un atout majeur pour atteindre les jeunes marginalisé·e·s, y compris celles et ceux qui ne vont pas à l'école¹³.

6. *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle*, UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, ONU FEMMES, OMS (2018) p.101.

7. Ibid.

8. Ibid.

9. Ibid.

10. *A statistical snapshot of violence against adolescent women and girls*, UNICEF (2014).

11. *Sexual Health, Human Rights and the Law*, WHO (2015).

12. *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle*, UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, ONU Femmes, OMS (2018) p.32 ; p.111.

13. *Review of the Evidence on Sexuality Education. Report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education*, UNESCO (2016).

Dans les pays membres du Partenariat de Ouagadougou, bien que le besoin de renforcer leur existence soit identifié comme prioritaire par les gouvernements, le nombre de centres de santé offrant des services de SSRAJ reste insuffisant. Certains établissements scolaires sont parfois dotés d'infirmeries mais ce n'est pas une situation généralisée. La création d'un système de référence entre les écoles et les centres de santé locaux se présente souvent comme l'alternative la plus réaliste pour rendre effectif le lien entre l'enseignement de l'ECS et l'accès aux services de SSRAJ. Pour ce faire, il est essentiel que le système de référence envisagé par les ministères se fonde sur les critères établis par l'OMS.

Selon l'OMS¹⁴, pour être adaptés aux adolescent·e·s et aux jeunes, les services de santé doivent être :

- **Accessibles** : Les adolescent·e·s et les jeunes sont en mesure d'obtenir les services fournis.
- **Acceptables** : Les services de santé sont dispensés d'une manière qui répond aux attentes des adolescent·e·s (de sorte qu'elles et ils souhaitent et cherchent à les obtenir).
- **Équitables** : Tou·te·s les adolescent·e·s et les jeunes, et non seulement certains groupes, sont en mesure d'obtenir les services de santé dont ils et elles ont besoin.
- **Appropriés** : Les services de santé fournis sont ceux dont les adolescent·e·s et les jeunes ont réellement besoin.
- **Efficaces** : Les services de santé appropriés sont fournis d'une façon adaptée et contribuent de manière positive à la santé des adolescent·e·s et des jeunes.

Il faut néanmoins rappeler que la seule création d'un lien entre un établissement scolaire et un centre de santé est en soi insuffisante pour favoriser l'accès aux services de SSRAJ. Ainsi, il est essentiel de veiller au développement d'activités cherchant à créer la demande de services en fournissant l'information sur la gamme de services offerts et leur localisation.

Plusieurs pays de la région ont expérimenté des activités pour renforcer ces liens. Elles incluent par exemple¹⁵ :

- l'organisation de visites dans le centre de santé, par classe, pour familiariser les adolescent·e·s et les jeunes aux services offerts ;
- des actions menées par les prestataires de santé formés directement dans les écoles ;
- la formation commune des prestataires de santé et des enseignant·e·s d'une même localité, avec l'élaboration d'un plan commun d'action ;
- la mise en place d'un système de transport (le plus souvent grâce à une OSC locale) pour faciliter l'accès au centre de santé.

Mettre en place ces interventions concertées nécessite d'envisager le plus tôt possible des partenariats spécifiques entre les ministères de l'Éducation et de la Santé avec la définition d'une vision harmonisée et d'un plan commun de mise en œuvre. Cela doit être accompagné d'un mécanisme de coordination et de collaboration établi à divers niveaux.

Les effets d'un manque de vision interministérielle commune sur l'opérationnalisation des axes transversaux : l'exemple du Ghana sur le modèle ECS/offres de services SSRAJ¹⁶

Une étude de 2017, menée par le Guttmacher Institute au Ghana, dévoile comment les ministères de la Santé et de l'Éducation auraient tiré profit d'une meilleure harmonisation de leurs approches pour opérationnaliser une volonté bien existante de faire avancer la question de l'ECS. Dans ce pays, les deux institutions gouvernementales – service de santé et service de l'éducation – en charge de fournir informations et services de santé aux jeunes ont été amenées à collaborer sur deux programmes : « Éducation à la santé à l'école » et « Alerte VIH ». Pourtant, au fur et à mesure de la mise en œuvre, il s'est avéré que les deux institutions avaient différentes perspectives sur ce que devait couvrir la fourniture de services de SSR au sein des écoles. Le service éducation pensait que les jeunes pouvaient seulement recevoir du counseling tandis que le service santé défendait la fourniture directe de certains services. Cette différence de perspective a freiné la mise en œuvre des programmes d'ECS. Elle aurait pu être prévenue en travaillant dès le départ sur une vision concertée.

14. *Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent*, OMS (2020).

15. Exemples tirées de *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*, UNFPA WCARO (2018) p.51.

16. *From Paper to Practice: Sexuality Education Policies and Their Implementation in Ghana*, Guttmacher Institute, Kofi Awusabo-Asare, Melissa Stillman, Sarah Keogh, David Teye Doku, Akwasi Kumi-Kyereme, Kobina Esia-Donkoh, Ellie Leong, Joshua Amo-Adjei and Akinrinola Bankole (2017) p.47.

Éviter la mise en place d'interventions manquant d'efficacité ou de pérennité

Garantir une démarche qualité en matière d'ECS, c'est s'assurer de ne pas reproduire des interventions prouvées comme manquant d'efficacité ou de pérennité. Les interventions ci-dessous, ayant fait l'objet d'études à l'échelle internationale¹⁷, peuvent être prises pour exemples de pratiques inefficaces :

- Les programmes de pairs éducateur·rice·s (PE) – s'ils peuvent avoir des effets sur les PE eux-mêmes – ont un impact limité sur les changements de comportements d'un plus grand nombre de jeunes – notamment les jeunes filles. Ils n'ont pas démontré leur efficacité au-delà de leur apport en termes de sensibilisation et de référencement aux centres de santé.
- L'organisation de prestations de santé en dehors de centres de santé établis – tels que des centres jeunes – est aussi questionnée pour son manque de rentabilité sur le long terme.
- Les programmes d'ECS limités à l'abstinence s'avèrent inefficaces quand ils sont utilisés comme seule méthode visant à retarder l'âge du premier rapport sexuel et à réduire la fréquence des rapports ou le nombre de partenaires. L'ECS est un enseignement visant à promouvoir le droit de choisir quand et avec qui une personne peut avoir une relation intime ou sexuelle. Ce choix inclut le droit de s'abstenir, de retarder des relations sexuelles ou de s'engager dans une relation. Si l'abstinence est l'une des méthodes prévenant les grossesses, les IST et le VIH, elle n'est pas une méthode durable dans la vie des jeunes. Les programmes visant simultanément à retarder l'activité sexuelle et à promouvoir l'utilisation du préservatifs ou d'un moyen de contraception ont été démontrés comme plus efficaces¹⁸.
- Les programmes se concentrant seulement sur la prévention des IST/VIH ou des grossesses ont moins d'impact que ceux combinant les deux objectifs. En effet, traiter des deux questions à la fois permet d'accroître l'utilisation des préservatifs et des moyens de contraception et de réduire les cas recensés de rapports sans préservatif.

Impliquer les jeunes, les membres de la famille et d'autres acteurs de la communauté dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des programmes d'ECS

Les principes directeurs de l'UNESCO rappellent que sont considérés comme efficaces les programmes envisageant la participation systématique des jeunes, et notamment des jeunes filles. Il est essentiel que les apprenant·e·s ne soient pas des bénéficiaires passif·ve·s de cet enseignement et qu'elles et ils puissent jouer un rôle actif dans l'organisation, l'expérimentation et la mise en œuvre de l'ECS et l'amélioration de son contenu. Encourager la participation des jeunes, et notamment des jeunes filles, c'est garantir une ECS fondée sur leurs besoins et leurs réalités contemporaines. Cela permettra de guider les actions d'ECS menées par les différents types d'éducateur·rice·s et de déployer des moyens adaptés aux différents contextes – y compris dans des secteurs non formels. De même, il a été démontré que les initiatives dans lesquelles les parents et les responsables communautaires étaient activement impliqués (par exemple, à travers des séances à l'intention des parents) avaient un impact plus important¹⁹.

Penser la qualité en anticipant les résistances et les blocages

Malgré ses avantages, l'ECS doit encore faire face à de nombreuses résistances et blocages en Afrique de l'Ouest. Alors que certains États sont en plein processus d'élaboration ou de mise en œuvre d'outils sur l'ECS (Guinée, Niger²⁰), d'autres se heurtent encore à de fortes résistances sociales et/ou culturelles²¹. Les blocages sont généralement communs d'un continent à l'autre. Face à ces situations complexes, il est important que les gouvernements cherchent à anticiper ces défis en s'inspirant de pratiques issues d'autres pays et des recommandations de la communauté internationale.

17. *What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices*. Cate Lane, Venkatraman Chandra-Mouli Sylvia Wong. *Global Health: Science and Practice* (2015) Volume 3, Number 3. p.333–340.

18. *School based sex education and HIV prevention in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis* PLoS One. Fonner V. A., Armstrong K. S., Kennedy C. E., O'Reilly K. R. and Sweat M. D. (2014).

19. *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle* UNESCO, UNUSIDA, UNFPA, ONU FEMMES, OMS (2018) p.108.

20. Voir par exemple la Feuille de Route d'Opérationnalisation de l'éducation à la santé reproductive des adolescents et jeunes du Niger (2018) [[suivre le lien](#)] ou des informations issues du projet EDUCASSO sur les évolutions en Guinée [[suivre le lien](#)].

21. Polémique autour d'un projet de manuel d'éducation sexuelle www.voaafrique.com polémique-autour-d-un-projet-de-manuel-d-é. L'éducation sexuelle en débat au Sénégal – VOA Afrique www.voaafrique.com › jeunes-et-leurs-parents-brisent-la-glace-devant

PISTES D'ACTION

● Faire face aux résistances au niveau communautaire

ou sociétal empêchant l'adoption de lois et ralentissant la mise en œuvre de politiques liées à l'égalité des sexes et à la santé sexuelle et reproductive, en particulier pour les filles.

Construire un programme d'ECS dans un contexte conservateur : l'exemple du travail mené par les ONGs pakistanaïses *Ashung* et *Rutgers Pakistan*²²

Selon le rapport *Global Gender Gap*²³ de 2020 du Forum économique mondial, le Pakistan est classé 151 sur 153 en matière d'égalité femmes-hommes. Comparé aux hommes, les femmes ont un pouvoir de décision faible, peu d'accès à l'éducation et moins de contrôle sur les ressources. Dans ce contexte, mettre en œuvre des programmes en matière d'ECS, de santé reproductive, d'engagement des jeunes et d'empowerment des femmes reste un réel défi. Reconnaisant l'impact de ces barrières socio-culturelles sur la réalisation de leur mission, les ONGs *Ashung* et *Rutgers Pakistan* ont choisi d'élaborer un programme d'ECS ayant pour ambitions principales :

1. la construction du soutien de la communauté vivant sur le territoire du programme ;
2. l'organisation d'une capacité de réponse aux résistances.



Pour ce faire, leur action a porté sur plusieurs axes stratégiques :

1. Chercher à comprendre les nuances du contexte local et l'utiliser comme fondation à l'élaboration du programme ECS, en collaborant avec les différents niveaux du modèle socio-écologique du changement : les autorités, les parents, les responsables scolaires, les leaders religieux, les médias et les adolescent·e·s concerné·e·s ;
2. Sélectionner les questions à inclure dans les curricula de formation pour les adapter au contexte en s'appuyant sur l'expertise de leaders religieux progressistes ;
3. Chercher l'engagement et l'implication des influenceurs des jeunes tels que les parents, les leaders communautaires, les professeur·e·s et les administrateur·rice·s d'école à travers des activités de sensibilisation et de clarification des valeurs ;
4. Institutionnaliser le programme ECS au sein du système scolaire existant pour obtenir plus de soutien et renforcer sa crédibilité ;
5. Mettre en valeur le programme pour permettre une meilleure compréhension de son contenu, notamment à des moments clés pour la communauté (par exemple durant la période de ramadan) et favoriser une démarche de transparence sur son contenu ;
6. Travailler avec les médias pour construire une image positive de l'ECS et répondre aux discours conservateurs.

Grâce à cette méthodologie, *Ashung* et *Rutgers Pakistan* sont parvenus à déployer avec les autorités locales un programme d'ECS à grande échelle ayant atteint environ 500 000 étudiant·e·s.

22. *Building Support for Adolescent Sexuality and Reproductive Health Education and Responding to Resistance in Conservative Contexts: Cases From Pakistan*. Chandra-Mouli V., Plesons M., Hadi S., Baig Q., Lang I. Global Health: Science and Practice (2018).

23. *Global Gender Gap Report*, World Economic Forum (2020).

• Faire face aux résistances alimentées par des idées fausses sur l'objet et la portée de l'ECS.

Mythes et préjugés sur l'ECS

Les mythes et préjugés autour de l'ECS représentent un défi majeur à sa mise en œuvre. Ils sont généralement entretenus par les voix qui s'élèvent contre l'ECS. En voici quelques exemples²⁴ :

Mythe : *L'Éducation complète à la sexualité encourage les jeunes à avoir des relations sexuelles (Faux).*

Réalité : Plusieurs recherches démontrent clairement que les programmes complets d'éducation sexuelle peuvent aider les jeunes à retarder l'initiation sexuelle ou encore à réduire la fréquence des rapports sexuels et le nombre de partenaires sexuels.

Mythe : *L'Éducation complète à la sexualité enseigne la mécanique du sexe aux jeunes enfants (Faux).*

Réalité : L'Éducation complète à la sexualité fournit des informations et des compétences adaptées à l'âge et au développement pour aider les jeunes. Les sujets traités varient selon le niveau et permettent aux jeunes d'avoir une meilleure connaissance.

Pour favoriser la lutte autour des mythes, il est important de soutenir des programmes et actions – notamment celles des OSC – cherchant à clarifier et lever les appréhensions des personnes demeurant sceptiques. Pour faire passer ce message plusieurs canaux peuvent être utilisés et se doivent d'être adaptés au contexte des pays. Dans le cadre de la campagne #JeVeuxSavoir menée dans 6 pays de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger et Sénégal) par les membres du Réseau Alliance Droits et Santé, l'ECS a été abordée sous le prisme notamment de la bande-dessinée en prenant en compte les réalités des populations. Ces bandes-dessinées à destination des populations mais surtout des adolescent·e·s et jeunes ont pour vocation de faire passer de l'information sur la nécessité de l'accès à l'information mais aussi de déconstruire les mythes et les préjugés autour de la question.

• Faire face aux obstacles opérationnels

entravant la mise en œuvre de l'ECS. Parmi ces obstacles on rencontre la formation inadéquate des enseignant·e·s, des programmes, de ressources pédagogiques omettant des sujets clés et ne répondant pas aux besoins des jeunes et notamment des jeunes filles, des financements insuffisants ou encore une planification et mise en œuvre de l'ECS complexes.

Sept recommandations issues de la recherche pour contrer les blocages opérationnels de mise en place de l'ECS à l'école (UNESCO)²⁵

1. Utiliser des approches participatives axées sur l'apprenant·e pour la fourniture de l'ECS ;
2. Assurer l'accès et l'utilisation des programmes d'enseignement et des matériels pédagogiques ;
3. Offrir aux enseignant·e·s une préparation adéquate par le biais de la formation initiale et continue ;
4. Impliquer différents intervenant·e·s dans la planification et la mise en œuvre ;
5. Rehausser le statut de l'ECS par rapport aux autres matières, notamment en fournissant un certain niveau d'évaluation ;
6. Trouver un point focal dédié à l'ECS au sein des ministères de l'Éducation ;
7. Renforcer le suivi et l'évaluation de l'ECS au niveau du système mais également des salles de classe.



24. Pour aller plus loin sur ce volet : *Myths and Facts About Comprehensive Sex Education, Research Contradicts Misinformation and Distortions*, Advocate for Youth <https://www.advocatesforyouth.org/wp-content/uploads/storage/advfy/documents/cse-myths-and-facts.pdf>

25. *From ideas to action: addressing barriers to comprehensive sexuality education in the classroom*, Technical Brief, UNESCO (2019) ; *De nouvelles recherches étudient les obstacles à l'éducation sexuelle*, UNESCO (2019) ; *Regarder la réalité en face : pourquoi faut-il promouvoir l'éducation complète à la sexualité*, Document d'Orientation N°39, UNESCO (2019) p.12.

02 AVOIR POUR AMBITION D'ATTEINDRE TOU-TE-S LES JEUNES



▲ Événement de mobilisation en Côte d'Ivoire, 2020 © Soumahoro Fabrice

Prendre en compte les besoins de l'ensemble des adolescent·e·s et des jeunes, notamment des jeunes filles, en matière d'ECS et de services DSSRAJ, quel que soit leur âge, sexe, localité, qu'elles et ils soient scolarisé·e·s ou non.

Pour mettre en œuvre cette recommandation, les autorités des pays du Partenariat de Ouagadougou sont invitées à porter une attention particulière aux éléments suivants :

Organiser des programmes d'ECS pour toutes les classes d'âges

Les principes directeurs de l'UNESCO rappellent qu'il est « essentiel que les enfants acquièrent dès leur plus jeune âge la capacité de parler de leur corps, de leurs sentiments et de leurs relations interpersonnelles, et de les comprendre²⁶ ». Ce principe s'inscrit dans la convention aux droits de l'enfant et son droit à jouir au meilleur état de santé possible²⁷. C'est pourquoi, il est clé que les politiques et les programmes nationaux d'ECS soient déployés dès le plus jeune âge. Les contenus développés peuvent tenir compte de l'évolution des besoins et des capacités des enfants et des jeunes à mesure qu'ils grandissent. L'ECS peut être adaptée aux différents niveaux de développement et ajustée en fonction de retards cognitif ou affectif. Il est essentiel qu'elle soit dispensée quand les messages liés à la SSR et aux relations interpersonnelles ont le plus de chances d'être assimilés.

Coordonner et harmoniser la qualité de l'accès à l'ECS en milieu scolaire et hors milieu scolaire – même en temps de crise

Si le milieu scolaire est un cadre déterminant pour atteindre un grand nombre d'enfants, d'adolescent·e·s et de jeunes, en Afrique de l'Ouest et du Centre, un grand nombre de jeunes – et notamment de jeunes filles – ne sont pas scolarisé·e·s. La région enregistre le taux de scolarisation le plus bas du continent avec 78 % pour les garçons et 69 % pour les filles dans le primaire²⁸. Dans le secondaire, les taux de scolarisation sont encore plus faibles : 38 % pour les garçons et 31 % pour les filles. Par ailleurs, les différentes crises connues dans la région ont exacerbé cette situation. Selon l'UNICEF²⁹, le nombre d'écoles fermées à cause de l'insécurité dans les zones de conflit de la région a triplé entre 2017 et 2019. En juin 2019, plus de 9 000 écoles ont dû fermer, affectant la vie de plus de 1,91 million d'enfants et celle de 44 000 enseignant·e·s.

Ces chiffres montrent l'importance de créer des programmes d'ECS cherchant à atteindre les jeunes – et notamment les jeunes filles – en dehors du seul cadre scolaire. C'est un préalable essentiel lorsque l'on souhaite permettre au plus grand nombre d'adolescent·e·s et de jeunes de la région l'accès à l'information et aux services nécessaires pour se protéger et prendre des décisions éclairées sur leur santé sexuelle et reproductive.

Il existe plusieurs approches pour monter des programmes d'ECS extrascolaires³⁰ : favoriser des actions à l'échelle communautaire à travers le déploiement de cliniques mobiles, impliquer des parents et les familles, travailler en partenariat avec les clubs sportifs, les clubs de scouts, les organisations confessionnelles ou encore à travers des plateformes en ligne³¹. Si ces initiatives ont un potentiel élevé pour atteindre les jeunes en situation de vulnérabilité – notamment les jeunes filles non scolarisées – leur déploiement dans la région reste encore modeste. Elles sont mises en place de façon sporadique et sont largement dépendantes des priorités des partenaires techniques et financiers³².

Deux exemples de pratique inspirante d'ECS en milieu hors scolaire³³

Au Burkina Faso : Les groupes d'écoute de la série radio "C'est la vie" dans 4 villages de la localité de Ziniaré, groupes non mixtes de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans se retrouvent dans des lieux de socialisation des jeunes pour écouter un épisode de C'est la vie et en discuter avec un mentor.

Au Niger : les groupes de visionnage de la série TV "C'est la vie" dans 5 villages de la localité de Filingué, groupes de couples nouvellement mariés, des belles-mères et des coépouses, se réunissent séparément ou ensemble pour regarder les épisodes de C'est la vie et se questionner sur les relations femmes/hommes dans un couple et les conflits familiaux.

Même si les besoins d'apprentissage et les préoccupations en termes de santé sexuelle sont souvent hétérogènes d'un groupe de jeunes à l'autre, une approche non coordonnée et harmonisée de l'ECS par les autorités ne permettra pas de garantir un égal accès à l'information pour tou·te·s les jeunes d'un même pays. Par exemple, le caractère ad hoc de plusieurs initiatives extrascolaires crée le risque que certaines régions soient plus négligées que d'autres. De même, la qualité des interventions peut être affectée par un manque de continuité et de standardisation des contenus et formations entre le scolaire et l'extrascolaire. Ce manque de coordination sera exacerbé en temps de crise, et affectera particulièrement les jeunes filles³⁴.

#Prioriser le développement de recherches pour orienter les politiques et programmes

Mettre l'accent sur la recherche pour collecter des données de qualité et désagrégées en particulier pour la tranche d'âge des jeunes et adolescent·e·s permettrait de développer des programmes qui répondraient de façon plus adéquate aux besoins de adolescent·e·s et jeunes. En effet, les données précises sont essentielles à la formulation et à la mise en œuvre de programmes efficaces. Ces données sont rarement disponibles dans la plupart des pays.

26. *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle* UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, ONU Femmes, OMS (2018) p.37.

27. Convention relative aux droits de l'enfant, Observation générale No. 15, sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (art. 24), U.N. Doc. CRC/C/GC/15 (2013).

28. *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*, UNFPA WCARO (2018) p. 54.

29. *Education Under Threat in West and Central Africa*, UNICEF, (2019).

30. *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle*, UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, ONU Femmes, OMS (2018) p.20.
UNFPA, UNESCO, OMS, ONUSIDA, UNICEF, *International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education (CSE), An evidence-informed approach for non-formal, out-of-school CSE programmes that aims to reach young people from left-behind populations*, Novembre 2020.

31. *Les jeunes sont passés à l'éducation à la sexualité numérique*, selon un nouveau document de l'UNESCO UNESCO (2020).

32. *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*, UNFPA WCARO (2018).

33. <https://www.facebook.com/520618738025915/posts/2907734502647648/>

34. Les principes directeurs de l'UNESCO rappellent les lacunes constatées en matière d'ECS dans les programmes d'accès aux services de SSR en temps de crise.

03 S'ENGAGER POUR DES FINANCEMENTS DURABLES ET LEUR MAINTIEN EN TEMPS DE CRISE



▲ Événement de mobilisation au Sénégal © Khalifa Hussein

Assurer des financements domestiques durables pour les programmes d'ECS et les services DSSRAJ, et les maintenir même en temps de crise.

L'un des dix principes clés recommandé par l'UNESCO pour la généralisation de l'ECS est d'appeler les gouvernements à établir des plans pour le long terme (en dehors des cycles de financements des bailleurs) et d'anticiper les changements et les revers³⁵. Pour mettre en œuvre cette recommandation, les autorités des pays du Partenariat de Ouagadougou sont invitées à porter une attention particulière aux éléments suivants :

#Inscrire les politiques et les programmes d'ECS dans un système de financement multisectoriel durable

L'insuffisance des financements ou l'organisation de financements sporadiques ont été pointées comme des obstacles majeurs à la mise en œuvre de politiques d'ECS efficaces³⁶. Le soutien technique apporté par certaines organisations internationales est certes nécessaire, mais

non sans risque puisque leurs financements ne peuvent être durables. De même, les gouvernements ne sont pas toujours prêts à accorder les fonds publics adéquats ou n'ont pas toujours l'expertise pour continuer le travail engagé par ces organisations³⁷. On constate également des difficultés de financement dans la déclinaison opérationnelle des politiques d'ECS : si dans certains contextes, l'ECS a pu faire l'objet de directives nationales, cela n'a pas toujours été accompagné de ressources permettant aux autorités locales de mettre en œuvre ces directives à leur échelle³⁸. Certains partenaires pourront gérer des programmes d'ECS localisés mais en cas de non renouvellement de subvention ou de changements de leurs priorités, les gouvernements ne seront pas toujours en mesure de financer la poursuite de ces programmes. Ainsi, « les politiques se composent souvent d'un patchwork de mandats, de contraintes financières, d'omissions et de compromis, qui souvent se contredisent d'un niveau à l'autre³⁹ ».

C'est pourquoi, il est primordial que les autorités gouvernementales adoptent une stratégie de mobilisation de ressources de long terme dès la phase de développement de leurs politiques nationales en matière d'ECS, incluant financements publics et domestiques. Une volonté gouvernementale affichée constitue la première étape nécessaire à l'instauration de stratégies efficaces en matière d'ECS. Cependant, celle-ci doit pouvoir rapidement s'opérationnaliser. Ne pas envisager de façon concomitante les aspects stratégiques et opérationnels du déploiement de l'ECS peut rendre caduque toute volonté politique⁴⁰.

Ainsi, cette stratégie de financement sur le long terme doit être orchestrée au plus haut niveau (par exemple, la primature) et faire l'objet d'une programmation interministérielle (ministères de la Santé, Éducation, des Finances, du Plan etc.) et multi-sectorielle.

L'UNESCO, dans ses principes directeurs, rappelle que dans « un nombre restreint mais croissant de pays à revenus faibles et moyens, les pouvoirs publics déploient des efforts concertés, pérennes (financement non limité dans le temps) et à grande échelle (couvrant toutes les régions ou presque du pays) qui commencent à produire leurs effets. Dans ces pays, les éléments suivants ont été essentiels pour le succès de l'ECS : fort engagement des pouvoirs publics ; partenariats entre pouvoirs publics et ONG et universités expérimentées ; ressources suffisantes ; et engagement commun des parties prenantes à l'égard du long processus visant à traduire les politiques et les plans en mesures qui auront, à terme, un impact sur la vie des jeunes. Bien que bon nombre de programmes à plus grande échelle comportent des lacunes et qu'il soit difficile d'en pérenniser les résultats, tout porte à croire qu'il est possible de généraliser l'éducation à la sexualité dans toutes les régions du monde, grâce à la bonne combinaison d'engagement, de compétences, d'effort et de ressources⁴¹. »

#Maintenir les financements, même en temps de crise

Des crises telles que l'épidémie d'Ebola ont montré l'importance de maintenir – voire de renforcer – l'accès à l'information et aux services essentiels de DSSR en temps de crise, notamment pour les jeunes filles. En effet, entre 2014 et 2016, dans toute la région affectée par le virus Ebola, les taux de mortalité maternelle ont ainsi augmenté jusqu'à plus de 75 %⁴². En Sierra Leone, le virus a entraîné une hausse massive des grossesses précoces⁴³ et en Guinée, on a constaté une diminution drastique sur un an de l'utilisation des méthodes contraceptives de longue durée⁴⁴. Plus récemment, depuis le début de la crise du Covid-19, les membres du réseau Alliance constatent les effets de l'épidémie sur les systèmes de santé et sur l'accès aux soins et la fréquentation des services et des soins de santé sexuelle et reproductive, notamment par les jeunes filles.

35. *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle* UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, ONU FEMMES, OMS (2018) p.118.

36. *Regarder la réalité en face : pourquoi faut-il promouvoir l'éducation complète à la sexualité*, Document d'Orientation N°39, UNESCO (2019) p.10.

37. *Towards comprehensive sexuality education: a comparative analysis of the policy environment surrounding school-based sexuality education in Ghana, Peru, Kenya and Guatemala*. Sex Education. Panchaud. C, Keogh. S.C, Stillman. M, Awusabo-Asare. K, Motta. A, Sidze. E and Monzón. A.S (2018).

38. *Regarder la réalité en face : pourquoi faut-il promouvoir l'éducation complète à la sexualité*, Document d'Orientation N°39, UNESCO (2019) p. 10.

39. Ibid.

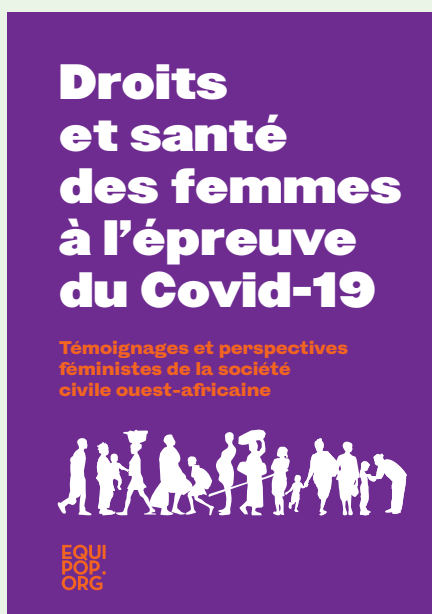
40. *Regarder la réalité en face : pourquoi faut-il promouvoir l'éducation complète à la sexualité*, Document d'Orientation N°39, UNESCO (2019) p. 11.

41. *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle* UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, ONU Femmes, OMS (2018) p.118.

42. *The cost of Ebola*, editorial by Zoe Mullan, The Lancet Global Health, (2015) ; *Counting indirect crisis-related deaths in the context of a low-resilience health system: the case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone*, by Sochas L, Channon AA, Nam S., Health Policy Plan (2017).

43. *Children's Ebola Recovery Assessment: Sierra Leone*, Isabelle Risso-Gill and Leah Finnegan, Save the Children, World Vision International, Plan International, UNICEF (2015).

44. *Déclaration du Partenariat de Ouagadougou : Pandémie COVID-19 et les DSSR dans les pays du PO*, Partenariat de Ouagadougou (2020) ; *Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries*, Taylor Riley, Elizabeth Sully, Zara Ahmed and Ann Biddlecom, Guttmacher Institute (2020).



Dans une enquête⁴⁵ menée par Equipop en mai et juin 2020 parmi des OSC en Afrique de l'Ouest, dont des membres Alliance Droits et Santé, les personnes interrogées témoignent d'une diminution de l'offre de soins en santé, en particulier en santé sexuelle et reproductive, y compris le suivi maternel. Cela s'explique par quatre grandes raisons :

- la fermeture des centres de santé ayant connu des contaminations Covid-19 parmi les patient·e·s ou le personnel : à Niamey en Niger par exemple, la plus grande maternité de la ville (l'Hôpital Maternité Poudrière) a dû fermer temporairement suite à la découverte de plusieurs cas parmi le personnel.
- un manque de personnel soignant ; soit souffrant, soit par un abandon de poste à cause d'une peur de contamination ou bien car, comme certaines organisations l'ont fait remarquer, les soignant·e·s sont bien mieux payé·e·s par les bailleurs internationaux pour intervenir sur les urgences et le Covid-19, plutôt que sur les services de santé sexuelle et reproductive ou de planification familiale.
- un manque de produits contraceptifs dû à des difficultés d'acheminement soit de l'international, soit de la capitale en zone rurale (difficultés à contourner les cordons sanitaires).

- une baisse de fréquentation globale des centres de santé ou des hôpitaux pour les SSR, pour les raisons citées précédemment mais aussi par peur de contamination ou de devoir soumettre à un dépistage du virus, ou encore – surtout pour les femmes et les adolescent·e·s – par manque d'intimité ou de confidentialité pour accéder aux services, particulièrement pour les femmes qui utilisent une méthode de contraception à l'insu de leur mari ou partenaire.

Cette situation a des conséquences pour les jeunes et les adolescent·e·s, que ce soit en matière d'accès à l'information ou d'accès à des services de base, et ce dans un contexte où les jeunes qui étaient sexuellement actif·ve·s avant la pandémie le restent. La fermeture des écoles entraîne la fermeture des services de santé scolaire et universitaire, l'arrêt des activités de sensibilisation et d'ECS, ainsi que la fermeture des centres amis des jeunes. En cas de problème ou de question, alors, les sources habituelles d'information et de conseils aux jeunes ne sont plus disponibles. Les jeunes n'ont pas toujours les moyens financiers de se procurer des préservatifs ou d'autres moyens de contraception payants. Par conséquent, la fermeture des lieux où ils pouvaient accéder à ces méthodes de protection peut en diminuer l'utilisation.

En plus de ces contraintes, on remarque un retour d'une certaine parole moralisatrice et conservatrice à l'égard de la sexualité des jeunes, entre promotion de l'abstinence et culpabilisation des femmes. Cette attitude est aussi un facteur important qui décourage les jeunes – notamment les jeunes filles – à aller dans les hôpitaux ou dans les centres de santé pour essayer d'obtenir des informations ou des services. Toutes les conditions sont réunies pour une augmentation des grossesses non désirées dans les mois à venir et, en parallèle, celle d'avortements à risque. En effet, l'UNFPA estime qu'une période de confinement de six mois priverait 47 millions de femmes d'une méthode de contraception moderne, conduisant à 7 millions de grossesses non-désirées. C'est pourquoi, en temps de crise, il est essentiel de ne pas faire peser des menaces supplémentaires sur la santé et la sécurité des adolescent·e·s et des jeunes et de soutenir le maintien de toutes les ressources, structures et programmes habituellement dédiés à l'information et aux services de SSR pour les adolescent·e·s et les jeunes.

45. *Droits et santé des femmes à l'épreuve du Covid-19 : témoignages et perspectives de la société civile ouest-africaine*. Equipop (2020).



▲ Dakar – Atelier de création de la campagne #JeVeuxSavoir © Equipop

LEVIER D'ACTION

Pour mettre en œuvre ces recommandations, les membres d'Alliance Droits et Santé invitent les autorités de leurs pays à activer plusieurs leviers.

► Au niveau international

- **S'engager** dans la dynamique internationale en faveur de l'ECS au sein du Forum Génération Égalité et traduire les engagements issus de ce processus dans les législations et programmes nationaux.

► Au niveau régional

- **Intégrer** le mouvement en faveur d'un engagement de l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour des adolescent·e·s et des jeunes éduqué·e·s, en bonne santé et épanoui·e·s.
- **Encourager** le parlement de la Cedeao – en lien avec l'OOAS – à adopter un mécanisme incitatif d'intégration de l'ECS dans les politiques et les stratégies régionales et nationales des États membres.
- **Renforcer** le travail d'échanges de pratiques, notamment dans le cadre du Partenariat de Ouagadougou, et des programmes dédiés de l'OOAS.

► Au niveau national

- **Intégrer** la question de l'accès à l'information, à l'éducation et aux services de DSSR pour les adolescent·e·s et les jeunes dans les dialogues nationaux liés au GFF et à la couverture maladie universelle.
- **Organiser** régulièrement à l'échelle nationale et locale, des états généraux de l'ECS et des services de DSSRAJ avec les partenaires techniques et financiers, les organisations de la société civile (organisations de jeunesse) et les autres parties prenantes pertinentes (représentant·e·s du secteur éducatif et de la santé).

ANNEXES

Textes

Quelques articles et extraits

Déclaration universelle des droits de l'Homme (1948)

Articles 16 & 26

Pacte droits civils et politiques (1976)

Articles 3 & 26

Pacte droits économiques sociaux et culturels (1976)

Articles 12 & 13

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1981)

Articles 5, 10, 12, 14, 16

Convention internationale relative aux droits de l'enfant (1989)

Articles 17, 19, 24, 34 & 39

Programme d'Action du Caire (1994)

Paragraphe 11.9, 11.16, 11.17, 11.19, 11.21 & 11.24

Déclaration de Pékin (1995)

Paragraphe 23, 24, 27, 29 & 30

Objectifs de développement durable (2015)

Objectif 3 : Bonne santé et bien être. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

Objectif 4 : Éducation de qualité. Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie.

Objectif 5 : Égalité entre les sexes. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles.

Résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies (2016)

Les pays se sont engagés à « redoubler d'efforts pour élaborer des programmes éducatifs complets et adaptés à l'âge, scientifiquement exacts et adaptés au contexte culturel, afin d'apporter aux adolescents et aux jeunes des deux sexes, scolarisés ou non, des informations (...) concernant la santé sexuelle et procréative, la prévention du VIH, l'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes, les droits fondamentaux, le développement physique et physiologique, la puberté et les rapports de force dans les relations entre les hommes et les femmes, en vue de renforcer leur estime de soi, de développer leur aptitude à prendre des décisions éclairées, à communiquer et à maîtriser les risques et de favoriser les relations respectueuses ».

Engagements signés par les 9 ministres de la Santé des pays Partenariat de Ouagadougou (PO) lors du Sommet de Londres sur la planification familiale en 2017

Au niveau Politique : Les 9 pays du PO s'engagent tous à mettre en place d'ici fin 2018, des instances multisectorielles de coordination rassemblant la société civile, le secteur privé et tous les départements ministériels (finance, développement, plan, éducation, santé, jeunes, femmes...etc.) pouvant contribuer à la mise en œuvre de leurs plans d'accélération de la PF, garantissant ainsi un développement durable aux populations.

Au plan Financier : Tous les 9 pays du PO s'engagent à : sécuriser et augmenter d'au moins 10 % par an, la part contributive de leurs gouvernements dans le budget alloué à l'achat des produits contraceptifs. Ils s'engagent également à mettre en place une approche inclusive de mobilisation de ressources impliquant les collectivités territoriales décentralisées, afin de garantir leur redevabilité vis-à-vis du financement de la santé de leur population.

Au plan Programmatique : Les ministères de la santé des 9 pays du PO travailleront de façon concertée avec les autres ministères en charge de l'éducation primaire, secondaire et supérieure, et les ministères des finances et de la jeunesse à intégrer de façon systématique la santé de la reproduction des adolescents/jeunes dans les curricula de formation scolaire ; Étendre l'offre de services adaptés aux adolescents/jeunes aux formations sanitaires et aux infirmeries scolaires et universitaires, tout en assurant une formation des agents de santé à l'approche jeune, pour garantir la qualité des services de SR/PF aux adolescents et jeunes.

AFRIQUE

Charte africaine des droits et du bien être de l'enfant (1990)

Article 21

Protocole de Maputo

Article 2, 5, 12, 14

Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits des Femmes (Protocole de Maputo)

Engagement ministériel sur l'éducation sexuelle complète et les services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes en Afrique orientale et australe (2013)

(...) Nous, Ministres de l'éducation et de la santé de 20 pays d'Afrique orientale et australe reconnaissons que :

2.2.1 l'investissement dans une éducation de qualité qui inclut une éducation sexuelle complète fondée sur des compétences pratiques répond au droit à l'éducation tout en contribuant au bien-être et à la qualité de vie future (...)

2.2.5 une éducation sexuelle complète, commençant à l'école primaire, permet l'acquisition progressive des informations et connaissances nécessaires pour développer les compétences et attitudes indispensables à une vie pleine et saine ainsi qu'à la réduction des risques pour la santé sexuelle et reproductive. (...)

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

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

Déclaration d'Addis-Abeba sur la population et le développement en Afrique après 2014 (2013)

“Adopter et mettre en œuvre des programmes complets d'éducation sexuelle, tant en milieu scolaire qu'extrascolaire, qui soient liés aux services de santé sexuelle et de la reproduction, en impliquant les parents, la communauté, les chefs traditionnels et religieux, les personnalités influentes et les jeunes eux-mêmes. “

Position Africaine commune sur mettre fin au mariage des enfants en Afrique (2015)

Élaborer et mettre en œuvre ou inclure dans les initiatives existantes, des programmes nationaux ou sous-nationaux visant à prévenir le mariage des enfants et à soutenir les filles déjà mariées en les autonomisant à travers l'éducation, les aptitudes personnelles et les espaces sûrs, et l'accès aux services de santé adéquats, à la justice et à d'autres services. Encourager les initiatives et partenariats de la société civile qui favorisent le bien-être et la protection des enfants en investissant dans des programmes visant l'autonomisation des communautés et des jeunes filles menacées de mariage des enfants.

Veiller à ce que l'information sur la prévention des mariages d'enfants, y compris des mesures juridiques et politiques soient intégrées dans les programmes d'enseignement et les écoles doivent donc interdire le retrait des filles de l'école à des fins de mariage des enfants.

Fournir des soins de santé gratuits et de qualité (notamment en santé en matière de sexualité et de reproduction à savoir les soins prénatals, obstétricaux et postnatals et les services de planification familiale) assurer l'éducation (enseignements sur les aptitudes à la vie quotidienne, l'éducation sanitaire, y compris une éducation générale sur la santé en matière de sexualité), la protection, l'acquisition des compétences indispensables dans la vie courante et d'autres services pour tous qui ont échappé aux mariages des enfants, y compris l'extension de la protection sociale et les services de défense des droits de l'enfant.

Plan d'action de Maputo 2016-2030 pour l'opérationnalisation du cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et reproductive et les droits liés à la reproduction (2016)

V) Améliorer l'information, l'éducation et la communication sur la SDSR à travers : l'institution de la communication effective de changement de comportement et des mécanismes de partage d'informations qui favorisent la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA); le ciblage des adolescents et des jeunes (tant en milieu scolaire qu'en dehors du milieu scolaire) avec une éducation appropriée à leurs âges, complète et sensible à leur culture sur la santé sexuelle et reproductive, qui appelle la participation des parents et des communautés; la promotion et la facilitation de la communication entre les fournisseurs de soins de santé, y compris les éducateurs pairs à différents niveaux ; une large diffusion des informations sur la SRMNIA ; et la promotion de la mobilisation communautaire pour qu'elle participe à la SRMNIA, un accent particulier étant mis sur la participation des hommes.

VI) Investir dans les besoins en SDSR des adolescents, des jeunes et d'autres populations vulnérables et marginalisées (dont les enfants, les orphelins, les personnes âgées, les jeunes, les personnes handicapées, les populations rurales, les personnes déplacées et les migrants) en améliorant l'accès aux services et à l'information de qualité sur la SRMNIA en faveur des jeunes, y compris la vaccination contre le VPH et la planification familiale par la fourniture de services de SSR de qualité sensible aux adolescents ; fournir aux jeunes une éducation sexuelle complète qui tienne compte de leurs âges et de leurs cultures et les référer aux services de SSR ; interdire le mariage des enfants et d'autres pratiques traditionnelles dangereuses ; investir pour améliorer le statut SSR des pauvres ; et habiliter la communauté et appuyer leurs efforts pour relever leurs défis de la SRMNIA et faire avancer l'inclusion. De plus, la réponse d'urgence efficace serait assurée dans les situations humanitaires et précaires, tout en continuant les services de routine en faveur des femmes, des enfants et des adolescents.

Feuille de route de l'Union Africaine : tirer pleinement profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse (2017)

Pilier N° 2 : Éducation et développement des compétences

12. Améliorer l'accès inclusif à l'éducation à tous les niveaux et offrir des options viables à la multitude de jeunes, en particulier aux adolescentes, qui abandonnent le système éducatif formel, en facilitant leur réinsertion, en réorganisant l'éducation informelle et en offrant des formations sanctionnées par la délivrance de certificats uniformisés en Afrique et entre les pays africains.

13. Adopter une approche pragmatique de l'apprentissage fondée sur le cycle de vie qui englobe un large éventail de disciplines et de matières telles que l'acquisition des compétences pratiques, l'éducation à la santé sexuelle et reproductive adaptée à l'âge et sensible aux spécificités culturelles ainsi que les voies et moyens pour venir à bout du problème de harcèlement sexuel auquel sont confrontées les jeunes femmes au sein du système éducatif.

Pilier N° 3: Santé et bien-être

15. Mettre en place et promouvoir des services médicaux intégrés favorables aux adolescents et aux jeunes dans les établissements de santé privés et publics, dans les cliniques scolaires, ainsi que dans d'autres structures et offrir des prestations de services appropriés en matière de santé sexuelle et reproductive.

20. Intensifier l'éducation globale adaptée à l'âge et sensible aux spécificités culturelles en matière de santé sexuelle et reproductive afin d'éviter toutes sortes de complications et de défis liés aux grossesses indésirées et aux maladies sexuellement transmissibles. L'éducation sera également axée sur l'impact qui en est la conséquence sur le développement et le bien-être des jeunes, qu'ils soient scolarisés ou déscolarisés ; et mettre en œuvre des programmes innovants de changement de comportement en ayant recours aux nouveaux médias et à la technologie.

22. Créer un environnement favorable grâce à l'autonomisation des communautés et au renforcement du rôle des hommes dans l'amélioration de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et aux droits y relatifs.

Conférence Panafricaine de Haut Niveau sur l'Éducation : Déclaration de Nairobi et Appel à l'Action sur l'Éducation (2018)

5. Nous nous engageons à réaliser l'égalité de genre en :

- a) Rendant tous les aspects du système éducatif sensibles au genre, réceptifs et transformateurs ;
- b) Mettant en œuvre la stratégie d'égalité des genres de la CESA 16-25 ;
- c) Prestant une éducation sexuelle dans les établissements scolaires et tertiaires, et assurant l'accès aux adolescents et aux jeunes.

6. e) Améliorer la pertinence de l'enseignement et de l'apprentissage en intégrant l'éducation au développement durable et l'éducation à la citoyenneté mondiale dans nos politiques et pratiques éducatives à tous les niveaux et programmes d'apprentissage, et en assurant un engagement critique des jeunes, car trop d'enfants et de jeunes non scolarisés, même dans les écoles, n'acquièrent pas les compétences de base, et nous réaffirmons notre engagement à assurer des programmes d'études inclusifs et sensibles au genre, adaptés aux besoins des enfants et des jeunes africains, soutenus par des systèmes solides d'évaluation de l'apprentissage et de formation des enseignants.

BIBLIOGRAPHIE

Rapports d'institutions internationales

OHCHR

- OHCHR, *Série d'information sur la santé sexuelle et reproductive et les droits associés. Les adolescents.* https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Adolescents_FR_WEB.pdf

OMS

- WHO, *Sexual Health, Human Rights and the Law* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf?sequence=1
- OMS, *Services de Santé aux Adolescents, consulté en 2021* https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/health_services/fr/
- OMS, *International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education (CSE)*, 2020 <https://www.who.int/publications/i/item/9780897140454>

UNESCO

- UNESCO, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité: une approche factuelle* UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONUFEMMES, OMS, 2017 <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000266214>
- UNESCO, *Review of the Evidence on Sexuality Education. Report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education*; préparé par Montgomery, P. et Knerr, W., Centre for Evidence-Based Intervention, University of Oxford. Paris, UNESCO, 2016
- UNESCO, *Regarder la réalité en face: pourquoi faut-il promouvoir l'éducation complète à la sexualité*, 2019 https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368231_fre
- UNESCO, *From ideas to action: addressing barriers to comprehensive sexuality education in the classroom*, Technical Brief, October 2019 <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000371091> <https://fr.unesco.org/news/nouvelles-recherches-etudiant-obstacles-leducation-sexuelle>
- UNESCO, *De nouvelles recherches étudient les obstacles à l'éducation sexuelle*, 2019 <https://fr.unesco.org/news/nouvelles-recherches-etudiant-obstacles-leducation-sexuelle>

- UNESCO, *Recours croissant des jeunes à l'outil numérique pour leur éducation et leur information sur la sexualité*, 2020 <https://fr.unesco.org/news/jeunes-sont-passes-leducation-sexualite-numerique-nouveau-document-lunesco>

- UNESCO, *COVID-19 et fermeture des écoles : pourquoi les filles sont plus à risque*, 2020 <http://www.iiep.unesco.org/fr/covid-19-et-fermeture-des-ecoles-pourquoi-les-filles-sont-plus-risque-13407>

UNFPA

- UNFPA WCARO, *L'Education Complète à la Sexualité : Éléments clés pour une mise en œuvre et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre*, 2018 https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/VF_CSE_rapport%20regional%20WCA_FR_Web.pdf
- UNFPA, *Feuille de Route de l'Union Africaine sur tirer pleinement profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse*, 2016 <https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AU%202017%20DD%20ROADMAP%20Final%20-%20FR.pdf>

UNICEF

- UNICEF, *A statistical snapshot of violence against adolescent women and girls*, 2014 https://www.unicef.org/publications/files/A_Statistical_Snapshot_of_Violence_Against_Adolescent_Girls.pdf

Articles de recherche

- *School based sex education and HIV prevention in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis.* Fonner V. A., Armstrong K. S., Kennedy C. E., O'Reilly K. R. and Sweat M. D. , 2014 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089692>
- *What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices*, Chandra-Mouli, V., et al., Global Health: Science and Practice, 2015
- *The cost of Ebola*, Zoe Mullan, Editorial, The Lancet Global Health, 9 July 2015, [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(15\)00092-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(15)00092-3.pdf)
- *Children's Ebola Recovery Assessment: Sierra Leone*, Isabelle Risso-Gill and Leah Finnegan, Save the Children, World Vision International, Plan International, UNICEF (2015)

- *Counting indirect crisis-related deaths in the context of a low-resilience health system: the case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone*, Sochas L, Channon AA, Nam S, 2017
- *From Paper to Practice: Sexuality Education Policies and Their Implementation in Ghana*, Kofi Awusabo-Asare, Melissa Stillman, Sarah Keogh, David Teye Doku, Akwasi Kumi-Kyereme, Kobina Esia-Donkoh, Ellie Leong, Joshua Amo-Adjei and Akinrinola Bankole, 2017 <https://www.guttmacher.org/report/sexuality-education-ghana>
- *Towards comprehensive sexuality education: a comparative analysis of the policy environment surrounding school-based sexuality education in Ghana, Peru, Kenya and Guatemala*. Sex Education. Panchaud. C, Keogh. S.C, Stillman. M, Awusabo-Asare. K, Motta. A, Sidze. E and Monzón. A.S, 2018
- *Building Support for Adolescent Sexuality and Reproductive Health Education and Responding to Resistance in Conservative Contexts: Cases From Pakistan*. Chandra-Mouli V, Plesons M, Hadi S, Baig Q, Lang I, 2018, https://uniteforreprorights.org/wp-content/uploads/2018/03/GHSP-D-17-00285.full_.pdf
- *The Challenges of Pregnancy and Childbirth Among Women Who Were Not Infected with Ebola Virus During the 2013–2015 West African Epidemic: Medical, Anthropological, and Public Health Perspectives*, – Marsh, Regan & Kraliebits, Katherine & Williams, Gretchen & Sheku, Mohamed & Dierberg, Kerry & Barron, Kathryn & Farmer, Paul., 2019
- *Droits et santé des femmes à l'épreuve du Covid-19 : témoignages et perspectives de la société civile ouest-africaine*. Equipop, 2020
- *Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries*, Taylor Riley, Elizabeth Sully, Zara Ahmed and Ann Biddlecom, Guttmacher Institute, 2020
- Institut Guttmacher, *COVID-19 could have a catastrophic effect on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries*, 2020. <https://www.guttmacher.org/infographic/2020/covid-19-could-have-catastrophic-effect-sexual-and-reproductive-health-low-and>

Organisations membres d'Alliance Droits et Santé



Conception et réalisation

Directrice de la publication : Aurélie Gal-Régnez

Rédactrice en cheffe : Nathalie Perrotin-Milla

Comité de rédaction : Nourou Adjibade, Brehima Ballo, Marguerite Bannwarth, Agathe Blanc, Viviane Dah, Amadou Lawali, Mody Ndiaye, Elise Petitpas, Kaya Sy, Brigitte Syan.

Secrétariat de rédaction : Louis Guinamard, Marion Lambert

Iconographie : extraite de la campagne #JeVeuxSavoir

Création graphique : Jean-Luc Gehres www.welcomedesign.fr

QU'EST-CE-QUE L'ECS ?

L'éducation complète à la sexualité (ECS) est un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances factuelles, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens 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 à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et sur celui des autres et, enfin, de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie.

L'ECS traite plusieurs thématiques pour permettre aux adolescents et aux jeunes (A&J) de prendre des décisions éclairées sur leur santé et leur sexualité. Les principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité identifient les 8 concepts clés d'une ECS (ainsi que les thèmes et objectifs d'apprentissage qui doivent être abordés pour chaque tranche d'âge : 5-8 ans, 9-12 ans, 12-15 ans et 15-18+ ans) comme étant :

1. Relations interpersonnelles
2. Valeurs, droits, culture et sexualité
3. Comprendre la notion de genre
4. Violence et sécurité
5. Compétences pour la santé et le bien-être
6. Corps et développement humains
7. Sexualité et comportement sexuel
8. Santé sexuelle et reproductive

Une ECS de qualité permet aux A&J de comprendre les normes sociales liées au genre et de ce fait, commencer à combattre les violences basées sur le genre (VBG). De plus, elle permet l'acquisition de compétences telles que l'affirmation de soi, la communication, la négociation et le refus.

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, UNFPA WCARO (2018) p.15.



ALLIANCE DROITS ET SANTÉ
Réseau d'ONG pour les femmes d'Afrique

