



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

Volume I

Le bien-fondé de l'éducation sexuelle

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



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONU/DG
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



Fonds des Nations Unies
pour la Population



Organisation
mondiale de la Santé

Volume I

Le bien-fondé de l'éducation sexuelle

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**

Mai 2010

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

Publié par l'UNESCO

© UNESCO 2010

Section du VIH et SIDA
Division de la coordination des priorités des Nations Unies en matière d'éducation
Secteur de l'éducation
UNESCO
7, place de Fontenoy
75352 Paris 07 SP, France
Site Web : www.unesco.org/aids
Courriel : aids@unesco.org

Composition et impression : UNESCO
ED-2009/WS/36 Rev.2 (CLD 4894.9)

Avant-propos

L'un des défis auxquels l'humanité a, de tout temps, été confrontée est de préparer les enfants et les jeunes à entrer dans l'âge adulte. Au cœur de ce défi, la sexualité humaine et les relations interpersonnelles occupent une place centrale. Dans notre monde actuel confronté au SIDA, relever ce défi est, pour nous, une occasion extraordinaire de briser la trajectoire de l'épidémie.

Nombreuses sont les sociétés où les attitudes et les lois étouffent le débat public sur la sexualité et le comportement sexuel – par exemple sur les questions relatives à la contraception, à l'avortement et à la diversité sexuelle. Dans la très grande majorité des cas, les hommes ont un accès incontesté au pouvoir, tandis que les filles, les femmes et les minorités sexuelles sont ignorées.

Les parents et les familles jouent un rôle capital, car ils façonnent notre manière de concevoir les identités sexuelles et sociales. Il est nécessaire que les parents sachent comment aborder avec leur enfant les aspects physiques et comportementaux de la sexualité humaine. Il est également nécessaire que les enfants possèdent les informations, connaissances et compétences qui leur permettent de prendre des décisions responsables en matière de sexualité, de relations interpersonnelles, de l'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles.

Aujourd'hui, trop peu de jeunes reçoivent une préparation suffisante dans le domaine de la sexualité, ce qui les rend vulnérables à la contrainte, aux abus, à l'exploitation, à des grossesses non désirées et à des infections sexuellement transmissibles, notamment l'infection à VIH. Selon le Rapport 2008 de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA, 40 % seulement des jeunes âgés de 15 à 24 ans possèdent des connaissances précises sur le VIH et sa transmission. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentant 45 % du nombre total de nouvelles infections, il est urgent d'agir pour combler ces lacunes de connaissances.

Il nous faut choisir : soit laisser les enfants tracer leur propre chemin à travers le nébuleux mélange de partialité, de désinformation et d'exploitation pure et simple auquel ils sont exposés par le biais des médias, de l'Internet, des pairs et de personnages sans scrupules, soit relever le défi en offrant une éducation sexuelle claire, soigneusement étayée, scientifiquement établie et fondée sur les valeurs universelles de respect

et de droits humains. Outre qu'une éducation sexuelle complète peut changer radicalement le cours de l'épidémie, les jeunes manifestent clairement leur demande d'éducation, de services et de ressources plus étendus et de meilleure qualité en matière de sexualité pour répondre à leurs besoins en termes de prévention.

Si nous voulons avoir un impact sur les enfants et les jeunes avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs, il faut qu'une éducation sexuelle complète soit intégrée dans les programmes scolaires officiels et dispensée par des enseignants bien formés et encadrés. L'enseignant demeure une source de connaissances et de compétences en qui l'on a confiance dans tous les systèmes éducatifs et constitue une ressource très précieuse au sein de la riposte du secteur de l'éducation au SIDA. De même, des efforts particuliers doivent être déployés pour atteindre les jeunes non scolarisés, souvent les plus vulnérables à la désinformation et à l'exploitation.

S'appuyant sur un examen rigoureux des données qui ressortent de programmes d'éducation sexuelle, ces *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle* s'adressent aux décideurs et professionnels des secteurs de l'éducation et de la santé. Le présent document (*Volume I*) met l'accent sur le bien-fondé d'une éducation sexuelle et fournit des conseils techniques avisés sur les caractéristiques des programmes efficaces. Il s'accompagne d'un document parallèle (*Volume II*) qui décrit les thèmes à aborder et les objectifs d'apprentissage à atteindre, à différents âges, dans le cadre d'une éducation de base à la sexualité dispensée à des enfants et des jeunes âgés de 5 à 18 ans et plus, et qui contient une bibliographie de ressources utiles. Ces *Principes directeurs internationaux* sont d'une grande utilité non seulement pour les pays les plus affectés par le SIDA, mais aussi pour les pays qui connaissent une prévalence faible et un contexte d'épidémie concentrée.

Les présents *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle* ont été élaborés par l'UNESCO de concert avec les organismes coparrainants de l'ONUSIDA, en particulier le FNUAP, l'OMS et l'UNICEF, de même que le secrétariat de l'ONUSIDA, ainsi qu'avec un certain nombre d'experts indépendants et autres qui œuvrent dans différents pays du monde au service du développement de l'éducation sexuelle. Ces efforts témoignent du succès de la collaboration qui existe entre les institutions et de la priorité que l'ONU attache au travail que nous menons auprès des enfants et des jeunes. Cet engagement est réaffirmé dans le Cadre de résultats de l'ONUSIDA pour la période 2009-2011,

dans lequel l'un des domaines prioritaires d'action est de donner aux jeunes les moyens de se protéger contre le VIH, notamment en fournissant une éducation en matière de santé sexuelle et reproductive fondée sur le respect des droits.

Dans la réponse au SIDA, il incombe aux décideurs d'exercer un leadership, d'engager des actions audacieuses et d'être prêts à aller à contre-courant des idées reçues alors que de nouveaux enjeux font leur apparition dans le monde. Il n'est pas d'autre domaine où cette obligation ne s'impose avec autant de force que dans cette nécessité d'analyser nos convictions en matière de sexualité, de relations interpersonnelles

et de ce qu'il convient de discuter avec des enfants et des jeunes dans un monde touché par le SIDA. Je vous exhorte instamment à être à l'écoute des jeunes, des familles, des enseignants et des autres praticiens, ainsi qu'à travailler aux côtés des communautés pour surmonter leurs difficultés et utiliser ces *Principes directeurs internationaux* afin que l'éducation sexuelle fasse partie intégrante de la riposte nationale à la pandémie de VIH.

Michel Sidibé
Directeur exécutif, ONUSIDA

Remerciements

L'élaboration de ces *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle* a été commanditée par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). Elle a été menée sous la direction de Mark Richmond, Coordinateur général de l'UNESCO pour le VIH et le SIDA, par Chris Castle, Ekua Yankah et Dhianaraj Chetty de la Section du VIH et SIDA, Division de la coordination des priorités des Nations Unies en matière d'éducation à l'UNESCO.

Douglas Kirby, scientifique éminent chez ETR (Education, Training, Research) Associates et Nanette Ecker, anciennement directrice de la section International Education and Training du Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), ont contribué à la rédaction de ce document. Peter Gordon, consultant indépendant, a édité différentes versions.

L'UNESCO souhaite remercier la Fondation William et Flora Hewlett qui a accueilli la consultation technique mondiale organisée en vue de contribuer à l'élaboration des principes directeurs. Les organisateurs expriment également leur gratitude à toutes les personnes ayant participé à la consultation, qui s'est tenue les 18 et 19 février 2009 à Menlo Park, aux États-Unis (dans l'ordre alphabétique) :

Prateek Awasthi (FNUAP), Arvin Bhana (Conseil de recherches en sciences humaines, Afrique australe), Chris Castle (UNESCO), Dhianaraj Chetty (anciennement ActionAid), Esther Corona (Mexican Association for Sex Education et World Association for Sexual Health), Mary Guinn Delaney (UNESCO), Nanette Ecker (SIECUS), Nike Esiet (Action Health, Inc., AHI), Peter Gordon (consultant indépendant), Christopher Graham (Ministère de l'éducation, Jamaïque), Nicole Haberland (Population Council/États-Unis), Sam Kalibala (Population Council/Kenya), Douglas Kirby (ETR Associates), Wenli Liu (Beijing Normal University), Elliot Marseille (Health Strategies International), Helen Omondi Mondoh (Université d'Egerton), Prabha Nagaraja (Talking about Reproductive and Sexual Health Issues, TARSHI), Hans Olsson (Association suédoise pour l'éducation sexuelle), Grace Osakue (Girls' Power Initiative, GPI, Nigeria), Jo Reinders (Fondation mondiale pour la population, WPF), Sara Seims (Fondation William and Flora Hewlett) et Ekua Yankah (UNESCO).

Ont également été fort appréciés les contributions et commentaires écrits qui nous ont été transmis de la part de (dans l'ordre alphabétique) :

Peter Aggleton (Institute of Education, University of London), Vicky Anning (consultant indépendant), Andrew Ball (Organisation mondiale de la santé, OMS), Prateek Awasthi (FNUAP), Tanya Baker (Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights), Michael Bartos (ONUSIDA), Tania Boler (Marie Stopes International et anciennement UNESCO), Jeffrey Buchanan (anciennement UNESCO), Chris Castle (UNESCO), Katie Chau (Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights), Judith Cornell (UNESCO), Anton De Grauwe (Institut international de l'UNESCO pour la planification de l'éducation, IPE), Jan De Lind Van Wijngaarden (UNESCO), Marta Encinas-Martin (UNESCO), Jane Ferguson (OMS), Claudia Garcia-Moreno (OMS), Dakmara Georgescu (Bureau international d'éducation de l'UNESCO, BIE) Cynthia Guttman (UNESCO), Anna Maria Hoffmann (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, UNICEF), Roger Ingham (University of Southampton), Sarah Karmin (UNICEF), Eszter Kismodi (OMS), Els Klinkert (ONUSIDA), Jimmy Kolker (UNICEF), Steve Kraus (FNUAP), Malika Ladjali (Université d'Alger), Changu Mannathoko (UNICEF), Rafael Mazin (Organisation panaméricaine de la santé, OPS), Maria Eugenia Miranda (Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights), Jean O'Sullivan (UNESCO), Mary Otieno (FNUAP), Jenny Renju (Liverpool School of Tropical Medicine & National Institute for Medical Research), Mark Richmond (UNESCO), Pierre Robert (UNICEF), Justine Sass (UNESCO), Iqbal H. Shah (OMS), Shyam Thapa (OMS), Barbara Tournier (UNESCO/IIPE), Friedl Van den Bossche (anciennement UNESCO), Diane Widdus (UNICEF), Arne Willems (UNESCO), Ekua Yankah (UNESCO) et Barbara de Zalduondo (ONUSIDA).

L'UNESCO est reconnaissante à Masimba Biriwasha (UNESCO), Sandrine Bonnet (UNESCO/BIE), Claire Cazeneuve (UNESCO/BIE), Claire Greslé-Favier (OMS), Magali Moreira (UNESCO/BIE), et Lynne Sergeant (UNESCO/IIPE), pour leurs contributions à la bibliographie de ressources. Enfin, des remerciements vont à Vicky Anning pour l'édition du texte, à Aurélia Mazoyer et Myriam Bouarour pour la réalisation de la maquette et de la mise en page, et à Schéhérazade Feddal pour son travail de coordination et d'appui à la production.

Acronymes

BIE	Bureau international d'éducation de l'UNESCO
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CRC	Convention relative aux droits de l'enfant
EPT	Education pour tous
ETII	Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (ETII) sur l'éducation
ETR	Education, Training and Research
FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FWCW	Quatrième Conférence mondiale sur les femmes
HPV	Virus du papillome humain
IIEP	Institut international de l'UNESCO pour la planification de l'éducation
IPPF	Fédération internationale pour le planning familial
IST	Infection sexuellement transmissible
MST	Maladie sexuellement transmissible
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PFA	Programme d'action (FWCW)
POA	Programme d'action (CIPD)
PPE	Prophylaxie post-exposition
SIECUS	Sexuality Information and Education Council of the United States
SRE	Sex and relationships education
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSRD	Santé sexuelle et reproductive et droits connexes
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TARV	Traitement antirétroviral
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Avant-propos	iii
Remerciements	v
Acronymes	vi
Le bien-fondé de l'éducation sexuelle	1
1. Introduction	2
2. Contexte	5
3. Soutien et planification de la mise en œuvre d'une éducation sexuelle	9
4. Base de données relatives à l'éducation sexuelle	15
5. Caractéristiques des programmes efficaces	21
6. Bonnes pratiques des établissements d'enseignement	27
Références bibliographiques	29
Annexes	33
I. Conventions et accords internationaux relatifs à l'éducation sexuelle	34
II. Critères de sélection des études d'évaluation et méthodologie de l'examen	39
III. Données détaillées concernant les personnes contactées et les informateurs principaux	41
IV. Liste des participants à la consultation technique mondiale de l'UNESCO sur l'éducation sexuelle	43
V. Études citées en référence dans le cadre de l'examen des données	45



Le bien-fondé de l'éducation sexuelle

1. Introduction

1.1 Qu'entend-on par éducation sexuelle et pourquoi est-elle importante ?

Ce document repose sur les postulats suivants :

- La sexualité est un aspect fondamental de la vie humaine et comporte des dimensions physiques, psychologiques, spirituelles, sociales, économiques, politiques et culturelles.
- On ne saurait comprendre la sexualité sans faire référence au genre.
- La diversité est une caractéristique fondamentale de la sexualité.
- Les règles qui régissent le comportement sexuel varient considérablement d'une culture à l'autre et au sein d'une même culture. Certains comportements sont considérés comme acceptables et souhaitables, d'autres comme inacceptables. Cela ne veut pas dire que ces comportements n'existent pas ou doivent être exclus du débat dans le contexte de l'éducation sexuelle.

Peu de jeunes sont suffisamment préparés pour gérer leur vie sexuelle. Les jeunes sont donc potentiellement vulnérables à la contrainte, aux abus et à l'exploitation, à des grossesses non désirées et à des infections sexuellement transmissibles (IST), notamment l'infection à VIH. Nombreux sont ceux qui, entrant dans l'âge adulte, ont entendu des messages contradictoires et déroutants sur la sexualité et le genre. Ce sentiment est bien souvent exacerbé par la gêne, le silence et la désapprobation qu'ils rencontrent pour aborder ouvertement des questions liées à la sexualité avec des adultes, notamment des parents et des enseignants, à un âge où ils en ont précisément le plus besoin. Dans maintes régions du monde, les jeunes deviennent sexuellement actifs et mûrs plus tôt. Par ailleurs, ils se marient plus tard, avec pour résultat un allongement de la période comprise entre la maturité sexuelle et le mariage.

Les pays soulignent de plus en plus souvent l'importance de doter les jeunes de connaissances et de compétences leur permettant de faire des choix responsables dans leur vie, en particulier dans un monde où ils sont davantage exposés à des matériels sexuellement explicites sur l'Internet

et dans d'autres médias. Il est urgent de combler les lacunes de connaissances sur le VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans, alors que, dans cette tranche d'âge, 60 % des jeunes sont incapables d'identifier correctement les modes de prévention de la transmission du VIH (ONUSIDA, 2008). Un nombre croissant de pays ont mis en œuvre ou intensifient des programmes d'éducation sexuelle¹, parmi lesquels la Chine, le Kenya, le Liban, le Nigéria et le Viet Nam, et cette évolution a été confirmée par les ministres de l'éducation et de la santé des pays d'Amérique latine et des Caraïbes réunis en août 2008 pour une rencontre au sommet. Ces efforts sont la reconnaissance manifeste que tous les jeunes ont besoin d'une éducation sexuelle et que certains d'entre eux vivent avec le VIH ou sont plus vulnérables que d'autres à l'infection à VIH, en particulier les adolescentes mariées dans leur enfance, les jeunes déjà sexuellement actifs et les jeunes ayant un handicap.

Une éducation sexuelle efficace est le moyen de fournir aux jeunes des informations scientifiquement précises, culturellement pertinentes et adaptées à leur âge. Elle leur offre des possibilités structurées d'explorer les attitudes et valeurs qui sont les leurs, et de mettre en pratique les compétences en matière de prise de décisions et autres compétences nécessaires à la vie courante dont ils auront besoin pour être en mesure de faire leur choix, en connaissance de cause, concernant leur vie sexuelle.

Une éducation sexuelle efficace est une composante essentielle de la prévention du VIH. Elle est également capitale pour pouvoir atteindre les objectifs de l'accès universel à la santé reproductive et à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH (ONUSIDA, 2006). S'il est irréaliste d'attendre d'un programme éducatif qu'il puisse, à lui seul, éliminer le risque d'infection à VIH et d'autres IST, de grossesses non désirées, d'activité et d'exploitation sexuelles imposées ou abusives, des programmes conçus et mis en œuvre de façon judicieuse sont capables de réduire pour partie ces risques et les situations de vulnérabilité qui les sous-tendent.

Une éducation sexuelle efficace est importante en raison de l'incidence des valeurs culturelles et des convictions religieuses sur tous les individus et, plus spécialement, sur les jeunes, quant à leur compréhension de cette question et à la gestion de leurs relations

¹ Par éducation sexuelle, on entend une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information scientifiquement précise, réaliste et s'abstenant de jugements de valeur. L'éducation sexuelle offre la possibilité d'explorer ses propres valeurs et attitudes, et de développer des compétences en matière de prise de décisions, de communication et de réduction des risques, concernant de nombreux aspects de la sexualité. L'examen des données présenté dans le chapitre 4 du présent document s'appuie sur cette définition qui reflète le critère retenu pour la sélection des études intégrées dans cet examen.

avec leurs parents, leurs enseignants, d'autres adultes et la communauté dont ils font partie.

Des études révèlent (voir chapitre 4) que des programmes efficaces peuvent :

- limiter la désinformation ;
- accroître les connaissances pertinentes ;
- clarifier 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 ; et
- favoriser la communication avec les parents ou d'autres adultes de confiance.

Les recherches montrent que des programmes possédant un certain nombre de caractéristiques majeures communes peuvent aider à :

- s'abstenir de rapports sexuels ou en retarder le début ;
- diminuer la fréquence des rapports sexuels non protégés ;
- réduire le nombre de partenaires sexuels ; et
- augmenter le recours à des moyens de protection contre des grossesses non désirées et des IST au cours de rapports sexuels.

Le cadre scolaire donne la possibilité de prodiguer une éducation sexuelle à un grand nombre de jeunes avant qu'ils ne soient sexuellement actifs, tout en offrant un cadre approprié (c'est-à-dire le programme scolaire formel) pour ce faire.

1.2 Quels sont les objectifs d'une éducation sexuelle ?

Le principal objectif d'une éducation sexuelle est de doter les enfants et les jeunes² des connaissances, compétences et valeurs leur permettant de faire des choix responsables quant à leurs relations sexuelles et sociales dans un monde affecté par le VIH.

En règle générale, les programmes d'éducation sexuelle ont plusieurs objectifs qui se renforcent mutuellement :

- accroître la connaissance et la compréhension ;
- expliquer et clarifier les sentiments, valeurs et attitudes ;
- développer ou renforcer des compétences ; et
- promouvoir et pérenniser des comportements propres à réduire les risques.

Dans un contexte où l'ignorance et la désinformation peuvent représenter une menace pour la vie, l'éducation sexuelle relève, parmi d'autres, de la responsabilité des autorités et institutions en charge de l'éducation et de la santé. Dans son interprétation la plus simple, il est du devoir des enseignants en classe d'agir en partenariat avec les parents et les communautés pour assurer la protection et le bien-être des enfants et des jeunes. À un autre niveau, les *Principes directeurs internationaux* sont un appel au leadership politique et social des autorités éducatives et sanitaires pour soutenir les parents en relevant le défi qui consiste à permettre aux enfants et aux jeunes d'accéder aux connaissances et aux compétences dont ils ont besoin dans leur vie personnelle, sociale et sexuelle.

S'agissant d'éducation sexuelle, les concepteurs de programmes, les chercheurs et les praticiens attachent parfois une importance relative variable à chaque objectif, ainsi qu'à la visée et à l'orientation globales. Pour les professionnels de l'éducation, l'éducation sexuelle s'inscrit plutôt dans le cadre d'une activité plus vaste où l'accroissement des connaissances (pour ce qui est de la prévention des grossesses non désirées et du VIH par exemple) est valorisé d'une part en tant que résultat positif en soi, d'autre part en tant que première étape vers l'adoption d'une sexualité à moindre risque. Quant aux professionnels de la santé publique, ils tendent à privilégier la réduction des comportements sexuels à risques.

1.3 Les Principes directeurs internationaux – pour qui et dans quel but ?

Ces *Principes directeurs internationaux* sont destinés à aider les autorités en charge de l'éducation, de la santé et autres secteurs connexes à élaborer et mettre en œuvre des programmes et des matériels d'éducation sexuelle en milieu scolaire.

Outre l'intérêt immédiat qu'ils présenteront pour les ministres de l'éducation et leur personnel professionnel,

² D'après la définition de l'OMS, du FNUAP et de l'UNICEF (1999), l'adolescence désigne la période de la vie comprise entre 10 et 19 ans, et les « jeunes » sont les personnes appartenant à la tranche d'âge des 10 à 24 ans. La Convention internationale des droits de l'enfant (ONU, 1989) considère comme « enfants » les personnes de moins de 18 ans.

notamment les concepteurs de programmes scolaires, les directeurs d'établissements scolaires et les enseignants, ils seront également utiles à tous ceux qui participent à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de l'éducation sexuelle, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'école. L'accent est placé sur la nécessité d'instaurer des programmes adaptés aux contextes locaux et construits selon une logique permettant de prendre en compte et de mesurer divers facteurs, tels que convictions, valeurs, attitudes et compétences, qui, à leur tour, sont susceptibles d'influer sur le comportement sexuel.

L'éducation sexuelle est une responsabilité qui incombe au système éducatif dans son ensemble, non seulement au travers de l'enseignement, mais aussi au travers des règles, pratiques internes, programmes d'études et matériels didactiques et pédagogiques. Dans un contexte plus large, l'éducation sexuelle est une composante essentielle à la fois d'un programme scolaire de qualité et d'une riposte globale au SIDA à l'échelon national.

Les *Principes directeurs internationaux* entendent :

- aider à percevoir la nécessité de programmes d'éducation sexuelle grâce à une sensibilisation accrue sur des questions et préoccupations majeures relatives à la santé sexuelle et reproductive concernant des enfants et des jeunes ;
- favoriser une compréhension claire de ce qu'englobe l'éducation sexuelle, de la finalité qu'elle vise et des résultats potentiels qu'elle peut apporter ;
- fournir des conseils aux autorités éducatives sur la manière de renforcer le soutien en faveur de l'éducation sexuelle à l'échelon de la société et de l'école ;
- améliorer la préparation des enseignants et renforcer les capacités institutionnelles afin d'offrir une éducation sexuelle de bonne qualité ; et
- fournir des conseils sur la manière d'élaborer des matériels et des programmes d'éducation sexuelle conçus pour répondre aux besoins, culturellement pertinents et adaptés à l'âge des bénéficiaires.

Ce volume porte plus spécialement sur le pourquoi et le quoi, deux questions auxquelles il convient de prêter attention dans l'élaboration de stratégies visant à instaurer une éducation sexuelle ou en développer l'ampleur. Des exemples illustrant comment ces questions sont traitées dans l'apprentissage et l'enseignement sont présentés dans la liste des ressources, programmes scolaires et

matériels³ produits par diverses organisations figurant dans le Volume II consacré aux thèmes et aux objectifs d'apprentissage (<http://www.unesco.org/aids>).

1.4 Comment se composent les Principes directeurs internationaux ?

Les *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle* se composent de deux volumes. Ce premier volume (Volume I) met l'accent sur le bien-fondé d'une éducation sexuelle. Un second volume (Volume II, document parallèle) présente des concepts clés et des thèmes, ainsi que des objectifs d'apprentissage et des idées maîtresses pour quatre classes d'âges distinctes. L'ensemble de données de référence globales ainsi obtenu peut, et doit, être adapté en fonction des contextes locaux afin d'en garantir la pertinence, de donner des idées sur la façon d'assurer le suivi du contenu de ce qui est enseigné et d'évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs d'enseignement et d'apprentissage.

Ces *Principes directeurs internationaux* sont conçus sous forme de cours et servent de plate-forme à ceux qui participent à l'élaboration de politiques, à des actions de plaidoyer et à la conception de nouveaux programmes ou à l'examen et au développement de programmes existants.

1.5 Comment les Principes directeurs internationaux ont-ils été élaborés ?

Pour l'élaboration du Volume I, consacré au bien-fondé de l'éducation sexuelle, un examen de documents relatifs à l'incidence de l'éducation sexuelle sur le comportement sexuel a été spécialement réalisé. Cet examen s'est appuyé sur 87 études menées dans différentes régions du monde, dont 29 dans des pays en développement, 47 aux États-Unis et 11 dans d'autres pays développés. Les caractéristiques communes des programmes d'éducation sexuelle existants et ainsi soumis

³ Les ressources documentaires figurant à l'Annexe V du Volume II ont été établies par les participants à la consultation technique mondiale organisée en février 2009 et n'ont pas fait l'objet d'une approbation de la part des organismes des Nations Unies qui ont élaboré ces *Principes directeurs internationaux*.

à évaluation ont été identifiées et vérifiées dans le cadre d'un examen indépendant, visant à déterminer leur efficacité pour accroître les connaissances, clarifier les valeurs et les attitudes, développer des compétences et, dans certains cas, modifier les comportements.

L'élaboration des Principes directeurs s'est poursuivie sur la base des travaux d'une consultation technique mondiale qui a réuni, en février 2009, des experts de 13 pays (voir liste, Annexe IV). Des collègues de l'ONUSIDA, de l'UNESCO, du FNUAP, de l'UNICEF et de l'OMS ont également apporté leur contribution.

Le processus qui a présidé à l'élaboration des Principes directeurs était destiné à garantir un haut niveau de qualité, d'acceptabilité et d'appropriation à l'échelon international. Dans le même temps, il y a lieu de noter que les Principes directeurs revêtent un caractère volontaire et non contraignant et n'ont en aucune façon la force exécutoire d'un instrument normatif international.

L'application des *Principes directeurs internationaux* doit avoir lieu en totale conformité avec les lois et politiques nationales et en tenant compte des valeurs et normes locales et communautaires. C'est là un aspect important, même dans un contexte scolaire ordinaire ; les enseignants et les gestionnaires d'établissements scolaires sont appelés à faire preuve d'un soin particulier dans le cadre de leur travail, s'agissant de domaines du programme scolaire qui sont considérés comme sensibles par les parents et les communautés. Ces Principes directeurs sont censés représenter une contribution utile à cet effort.

2. Contexte

2.1 La santé sexuelle et reproductive des jeunes

Une santé sexuelle et reproductive déficiente alourdit considérablement le fardeau de la maladie parmi les jeunes. Garantir la santé sexuelle et reproductive des jeunes a des effets bénéfiques sur le plan social et économique : les infections à VIH, les autres IST, les

grossesses non désirées et les avortements dans des conditions à risque pèsent en effet lourdement sur les familles et les communautés comme sur les maigres ressources publiques, alors qu'il existe des moyens de les éviter et de les réduire. Promouvoir la santé sexuelle et reproductive des jeunes, notamment en dispensant une éducation sexuelle dans les écoles, est dès lors une stratégie capitale pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), et, plus spécialement, l'OMD 3 (promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes), l'OMD 5 (réduire le taux de mortalité maternelle et rendre l'accès à la médecine procréative universel) et l'OMD 6 (combattre le VIH/SIDA).

Le développement sexuel d'une personne est un processus qui comporte des dimensions physiques, psychologiques, affectives, sociales et culturelles⁴. Il est, en outre, lié de façon inextricable au développement de son identité et se déploie dans des contextes socio-économiques et culturels spécifiques. La transmission des valeurs culturelles d'une génération à l'autre est un facteur important de socialisation ; les valeurs relatives au genre et à la sexualité en font partie. Dans bon nombre de communautés, les jeunes sont exposés à plusieurs sources d'information et de valeurs (émanant par exemple des parents, des enseignants, des médias et des pairs). Ils sont, de ce fait, fréquemment confrontés à des valeurs différentes, voire opposées, sur le genre, l'égalité des sexes et la sexualité. De surcroît, les parents sont souvent réticents à parler de sexualité avec leurs enfants en raison des normes culturelles, de leur propre ignorance ou de la gêne qu'ils éprouvent sur ces questions.

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2002), dans maintes cultures, la puberté représente une période de transformation à la fois sociale et physique, chez les garçons comme chez les filles. S'agissant des garçons, la puberté peut ouvrir à des possibilités de liberté, de mobilité et de vie sociale plus étendues. Il en va de même pour les filles, mais, dans certaines cultures, la puberté marque parfois la fin de la scolarisation et de la mobilité et le début de la vie adulte avec, dans un avenir proche, la perspective de se marier et d'avoir des enfants.

Pour de nombreuses personnes, « avoir une vie sexuelle » est un élément important dans la vie : cela peut être une source de plaisir et de confort, et une manière d'exprimer son affection et son amour ou de

⁴ Cette définition du développement sexuel d'une personne est extraite du rapport intitulé *Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health*, OMS, 2002.

fonder un foyer. Cela peut aussi avoir des conséquences nuisibles sur la santé et sur la société. Indépendamment du choix que font les jeunes ou non d'être sexuellement actifs, l'éducation sexuelle donne une place prioritaire à l'acquisition ou la consolidation de valeurs, comme la réciprocité, l'égalité, la responsabilité et le respect, qui sont des conditions préalables à des relations sexuelles et sociales saines et à moindre risque. Il existe, malheureusement, des cas où les partenaires ne sont pas consentants et où les relations sexuelles sont imposées, en particulier dans le cas d'un viol.

Durant les quarante dernières années, notre conception de la sexualité humaine et du comportement sexuel a radicalement changé (OMS, 2002). L'épidémie mondiale de VIH y a contribué, car on n'a pas tardé à comprendre que, pour faire face au VIH - qui se transmet principalement par voie sexuelle - il était indispensable d'améliorer nos connaissances sur le genre et la sexualité. Selon le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et l'Organisation mondiale de la santé (estimations non publiées ONUSIDA/OMS, 2008), plus de 5,5 millions de jeunes dans le monde vivent avec le VIH, dont les deux tiers en Afrique subsaharienne. Environ 45 % des nouvelles infections concernent la tranche des 15 à 24 ans (ONUSIDA, 2008). Sur le plan mondial, le pourcentage de femmes parmi le nombre total de personnes vivant avec le VIH est de 50 %, mais, en Afrique subsaharienne, ce pourcentage atteint près de 60 % (ONUSIDA, 2008 ; Stirling *et al.* 2008).

Dans de nombreux pays, on observe une plus grande longévité des jeunes vivant avec le VIH grâce à l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral (TARV) et au soutien médical et psychosocial qui l'accompagne. Les jeunes vivant avec le VIH, y compris ceux qui ont été infectés pendant la période périnatale, ont des besoins spéciaux concernant leur santé sexuelle et reproductive (OMS et UNICEF, 2008), parmi lesquels la possibilité de discuter des moyens de vivre positivement avec le VIH, de parler de sexualité et des relations interpersonnelles et d'aborder des questions ayant trait à la révélation du statut sérologique, à la stigmatisation et à la discrimination. Pourtant, dans bien des cas, ces besoins ne sont pas satisfaits. L'exemple d'un pays d'Afrique de l'Est (Birungi, Mugisha et Nyombi, 2007)

montre ainsi que les jeunes vivant avec le VIH font souvent l'objet de discrimination de la part des prestataires de soins de santé sexuelle et reproductive et sont vivement encouragés à éviter toute activité sexuelle. De leurs déclarations, il ressort que 60 % de ceux qui vivent avec le VIH n'ont pas révélé leur statut à leurs partenaires sexuels et que 39 % ont des rapports avec un partenaire sexuel qui n'est, lui-même, pas infecté par le VIH. Une grande proportion d'entre eux ignore comment révéler leur statut à leurs partenaires.

Les niveaux de connaissance sur la transmission du VIH restent bas dans maints pays, et les femmes sont en général moins bien informées que les hommes. Selon l'ONUSIDA (ONUSIDA, 2008), de nombreux jeunes n'ont pas de connaissances précises et complètes sur la manière d'éviter l'exposition au VIH. Tandis que l'ONUSIDA rapporte que plus de 70 % des jeunes garçons savent que le préservatif peut protéger contre l'infection à VIH, 55 % seulement des femmes citent le préservatif comme étant un moyen efficace de prévention du VIH. Les résultats d'enquêtes menées dans 64 pays révèlent que seulement 40 % des jeunes hommes et 38 % des jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans possèdent un savoir global et correct sur le VIH et ses moyens de prévention (ONUSIDA, 2008). Face à ces chiffres, on est loin d'atteindre l'objectif mondial fixé qui est de « veiller à ce que [...] d'ici à 2010 au moins 95 % des jeunes [...] aient accès à [...] l'information [...] concernant le VIH » (UN, 2001). L'ONUSIDA (ONUSIDA et OMS, 2007) indique que la moitié au moins des élèves dans le monde ne reçoit aucune éducation sur le VIH dans le cadre scolaire. En outre, sur les 15 pays ayant transmis leurs données à l'ONUSIDA en 2006, cinq font état d'une couverture de la prévention du VIH à l'école inférieure à 15 %.

À l'échelon mondial, les taux de IST chez les jeunes restent élevés. Selon la Fédération internationale pour le planning familial, chaque année, au moins 111 millions de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) curables concernent les jeunes de 10 à 24 ans (IPPF, 2006). L'OMS estime que, dans les pays en développement, jusqu'à 2,5 millions de filles âgées de 15 à 19 ans avortent, la moitié d'entre elles dans des conditions à risque (OMS, 2007); 11 % des naissances

dans le monde sont le fait de mères adolescentes, une tranche d'âge où le taux de mortalité maternelle est plus élevé que pour les femmes plus âgées (OMS, 2008a).

2.2 Le rôle de l'école

Le secteur éducatif a un rôle capital à jouer en préparant les enfants et les jeunes à assumer leur fonction et leur responsabilité d'adulte (Delors *et al.* 1996) ; pour entrer dans l'âge adulte, ils ont besoin d'être informés et dotés des connaissances et des compétences permettant de faire des choix responsables concernant leur vie sociale et sexuelle. En outre, dans de nombreux pays, les jeunes font leurs premières expériences sexuelles alors qu'ils sont encore scolarisés. Le milieu scolaire apparaît donc d'autant plus comme un cadre privilégié pour dispenser une éducation en matière de santé sexuelle et reproductive.

Dans la plupart des pays, les enfants âgés de 5 à 13 ans, en particulier, passent un temps relativement long à l'école. Par conséquent, les écoles ont, concrètement, les moyens d'être en contact répété et durable avec un grand nombre de jeunes de différents milieux (Gordon, 2008). Les systèmes scolaires ont l'avantage de disposer d'une infrastructure, y compris d'enseignants susceptibles d'être une source d'information compétente et digne de confiance, et de possibilités de planification à long terme par le biais des programmes scolaires officiels. Les autorités scolaires ont le pouvoir de réglementer de nombreux aspects de l'environnement d'apprentissage afin de garantir un environnement sûr et protecteur. Quant aux écoles, elles peuvent également faire office de centres d'aide sociale et d'institutions fiables, capables de mettre les enfants, les parents, les familles et les communautés en relation avec d'autres services (services de santé, par exemple). Toutefois, les écoles ne peuvent être efficaces que sous réserve de pouvoir garantir la protection et le bien-être de leurs élèves et de leur personnel, d'offrir des prestations d'apprentissage et d'enseignement pertinentes et d'agir en coordination

avec les services psychosociaux, sociaux et sanitaires. Les données fournies par l'UNESCO, l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale (OMS et UNICEF, 2003) font apparaître un ensemble de mesures de base rentables et efficaces, d'ordre législatif, structurel, comportemental et biomédical, pouvant contribuer à faire en sorte que l'école soit un environnement sain pour les enfants.

Il est important que tous les enfants et les jeunes aient accès à une éducation sexuelle adaptée à leur âge, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'école. Bien que les *Principes directeurs internationaux* mettent plus particulièrement l'accent sur le milieu scolaire, une grande partie de leur contenu n'en sera pas moins pertinente pour les enfants non scolarisés.



2.3 Le besoin des jeunes d'accéder à une éducation sexuelle

Encadré 1. Avoir une activité sexuelle n'est pas sans conséquence : des exemples en Ouganda

Il est important d'être conscient des conséquences que peuvent avoir des rapports sexuels au-delà d'une grossesse non désirée ou d'une exposition à des IST, notamment au VIH, comme illustré ici dans le cas de l'Ouganda :

« La probabilité de ne pas achever leurs études secondaires est deux fois plus grande chez les garçons et les filles ougandais qui ont des rapports sexuels précoces que chez les adolescents n'ayant jamais eu de rapports sexuels. » Pour plusieurs raisons, « à l'heure actuelle, 10 % des garçons et 8 % des filles seulement achèvent leur scolarité secondaire en Ouganda » (Demographic and Health Survey Uganda, 2006).

En Ouganda, des milliers de garçons sont en prison pour avoir eu des rapports sexuels consentants avec des filles âgées de moins de 18 ans. Plus nombreux encore sont ceux dont les parents ont dû vendre des terres et du bétail pour financer la libération de leurs fils.

Pour une Ougandaise de 17 ans, être enceinte, cela peut vouloir dire quitter définitivement l'école ou épouser un homme qui a d'autres femmes (17 % d'unions polygames). En Ouganda, dans 50 % environ des cas, les adolescentes qui accouchent sont seules ou assistées uniquement par un parent ou une accoucheuse traditionnelle.

Source : Straight Talk Foundation, Rapport annuel 2008, disponible à l'adresse suivante <http://www.straight-talk.org.ug>

Les *Principes directeurs internationaux* reposent sur le présupposé que les enfants et les jeunes ont spécifiquement besoin des informations et des compétences qui sont dispensées dans le cadre d'une éducation sexuelle et qui sont susceptibles de leur donner de meilleures chances dans la vie⁵. Il existe des circonstances où leur vie et leur bien-être peuvent être menacés sous des formes diverses, telles que abus, risques pour la santé liés à des grossesses précoces non désirées, exposition à des IST, notamment à l'infection au VIH, ou stigmatisation et discrimination en raison de leur orientation sexuelle. Étant donné la complexité de la tâche à laquelle est confronté tout enseignant ou parent qui s'emploie à guider et soutenir le processus d'apprentissage et de développement,

5 Les normes internationales en matière de droits de la personne reconnaissent que les adolescents ont le droit d'avoir accès aux informations nécessaires à leur santé et à leur épanouissement et susceptibles de favoriser leur pleine participation à la vie sociale. Les États parties ont pour obligation de veiller à ce que tous les adolescents, filles ou garçons, scolarisés ou non, aient accès sans réserve à une information précise et bien conçue sur la manière de protéger leur santé, notamment la santé sexuelle et génésique (Convention relative aux droits de l'enfant, Observation générale n° 4 (2003) paragraphe 26 et Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 (2000) paragraphe 11).

il est crucial de trouver le juste équilibre entre ce qu'il est nécessaire et ce qu'il est pertinent et approprié, pour les enfants et les jeunes, de savoir selon leur âge.

2.4 Aborder des sujets sensibles

Le défi de l'éducation sexuelle est d'atteindre les jeunes avant qu'ils ne soient sexuellement actifs, que ce soit par choix, par nécessité (en échange d'argent, de nourriture ou de logement par exemple), par obligation ou parce qu'ils sont exploités. Dans de nombreux pays en développement, d'autres aspects liés à la vulnérabilité sont à prendre en compte, en particulier le handicap et les facteurs socioéconomiques. Est aussi à considérer le cas des actuels ou futurs élèves, qui auront une activité sexuelle avec des partenaires de même sexe. Ce sont là des sujets sensibles et délicats pour ceux qui ont la responsabilité de concevoir et de dispenser une éducation sexuelle, et il est essentiel de prêter particulièrement attention aux besoins de ceux qui sont les plus vulnérables.

Les *Principes directeurs internationaux* soulignent l'importance de tenir compte de la réalité de la vie sexuelle des jeunes : il peut y avoir des aspects controversés ou difficiles à aborder dans certaines communautés. L'idéal serait de donner la priorité aux données scientifiques rigoureuses et aux impératifs de santé publique.



3. Soutien et planification de la mise en œuvre d'une éducation sexuelle

S'il est clairement établi qu'une éducation sexuelle efficace en milieu scolaire est un besoin urgent, elle est encore inexistante dans la plupart des pays du monde. Il y a plusieurs raisons à cela, notamment une résistance « perçue » ou « anticipée » faute d'une bonne perception de la nature, de la finalité et des effets d'une éducation sexuelle. Comme il ressort des données, nombreux sont ceux, y compris parmi les personnels des ministères de l'éducation, les directeurs d'école et le corps enseignant, qui ne sont pas toujours convaincus de la nécessité d'offrir une éducation sexuelle ou qui sont réticents à cet égard, par manque d'assurance et de compétences. Chez certains enseignants, il y a parfois conflit entre leurs valeurs personnelles ou professionnelles et les thèmes qu'il leur est demandé d'aborder, ou il arrive qu'ils n'aient pas reçu d'indications claires sur le contenu à enseigner et la méthode à appliquer (voir Tableau 1, exemples de difficultés couramment rencontrées pour introduire ou promouvoir une éducation sexuelle).

Tableau 1. Difficultés couramment rencontrées à l'égard de l'éducation sexuelle

Difficultés	Réponse
L'éducation sexuelle incite à des rapports sexuels précoces.	Les recherches menées dans le monde démontrent clairement que l'éducation sexuelle incite rarement, sinon jamais, à des rapports sexuels précoces. L'éducation sexuelle peut encourager des pratiques sexuelles plus responsables et plus tardives ou n'avoir aucun effet mesurable sur le comportement sexuel.
L'éducation sexuelle prive les enfants de leur « innocence »	Obtenir une information correcte et complète, scientifiquement précise, dénuée de jugements de valeur et appropriée à l'âge, dans le cadre d'un processus progressif et soigneusement conçu, initié au début de la scolarité formelle ne peut qu'être utile à tous les enfants et les jeunes. À défaut, les enfants et les jeunes risquent d'entendre des messages contradictoires, et parfois préjudiciables, émanant de leurs pairs, des médias ou d'autres sources. Une éducation sexuelle de bonne qualité peut y remédier en fournissant une information correcte et en mettant l'accent sur les valeurs et les relations interpersonnelles.
L'éducation sexuelle est contraire à notre culture ou à notre religion.	Les Principes directeurs internationaux insistent sur la pertinence culturelle et l'adaptation au contexte local, qui peuvent être assurées grâce à la participation et au soutien renforcé des gardiens de la culture dans une communauté. Il est essentiel que les principales parties prenantes, notamment les responsables religieux, soient impliquées dans l'élaboration de la forme d'éducation sexuelle qui est choisie. Toutefois, les Principes soulignent également la nécessité de modifier les normes sociales et les pratiques néfastes qui portent atteinte aux droits de la personne et qui augmentent la vulnérabilité et les risques, en particulier pour les filles et les jeunes femmes.
C'est aux parents et à la famille étendue qu'incombe le rôle d'éduquer nos jeunes en matière de sexualité.	Dans certaines régions, les mécanismes traditionnels destinés à préparer les jeunes à la vie et aux relations sexuelles volent en éclats et, faute d'être remplacés, laissent souvent un vide qui n'est pas comblé. L'éducation sexuelle reconnaît le rôle primordial des parents et de la famille comme source d'information, de soutien et de soins dans la construction d'une approche saine de la sexualité et des relations interpersonnelles. Le rôle des gouvernements est, par le biais des ministères de l'éducation, des écoles et des enseignants, de soutenir et compléter le rôle des parents en fournissant un environnement d'apprentissage sûr et protecteur et des outils et matériels permettant de dispenser une éducation sexuelle de qualité.
Les parents sont opposés à ce que l'éducation sexuelle soit dispensée à l'école.	Les parents et les familles jouent un rôle primordial dans la construction des fondements de l'identité sexuelle de leurs enfants, et de leurs relations sexuelles et sociales. Les écoles et les établissements d'enseignement où les enfants et les jeunes passent une bonne partie de leur vie constituent un environnement propice pour dispenser aux jeunes un enseignement sur la sexualité, les relations interpersonnelles, le VIH et autres IST. Quand ces établissements fonctionnent bien, les jeunes sont capables de développer les valeurs, compétences et connaissances leur permettant de prendre des décisions éclairées et responsables concernant leur vie sociale et sexuelle. Il est souhaitable que les enseignants soient des sources d'information et de soutien qualifiées et dignes de confiance pour la majorité des enfants et des jeunes. Dans la plupart des cas, les parents comptent parmi les plus ardents défenseurs des programmes d'éducation sexuelle de qualité en milieu scolaire.

<p>L'éducation sexuelle est sans doute bénéfique pour les jeunes, mais pas pour les jeunes enfants.</p>	<p>Les <i>Principes directeurs internationaux</i> tiennent compte de la nécessité d'une éducation sexuelle adaptée à l'âge qui se reflète dans le classement des objectifs d'apprentissage, figurant dans le Volume II, et d'une certaine flexibilité pour tenir compte du contexte local et communautaire. L'éducation sexuelle couvre un large éventail de relations, qui ne sont pas uniquement d'ordre sexuel. Les enfants sont conscients de ces relations et les reconnaissent bien avant d'agir sur leur sexualité et ils ont donc besoin de posséder des compétences leur permettant de comprendre, dès leur jeune âge, leur corps, leurs relations aux autres et leurs sentiments. L'éducation sexuelle pose des fondements en la matière, par ex. lorsqu'ils apprennent le nom des parties du corps, qu'ils comprennent les principes de la reproduction chez l'homme, qu'ils explorent les relations familiales et interpersonnelles, qu'ils apprennent ce qu'est la sécurité et qu'ils acquièrent confiance en eux. Cet apprentissage est progressif et tient compte de l'âge et du développement de l'enfant.</p>
<p>Les enseignants sont parfois prêts à dispenser une éducation sexuelle, mais ils sont mal à l'aise, peu compétents et remplis d'appréhension.</p>	<p>Des enseignants motivés, bien préparés et soutenus, ont un rôle clé à jouer dans la transmission d'une éducation sexuelle de bonne qualité. L'existence de politiques sectorielles et scolaires et de programmes scolaires clairement définis peut être d'un bon soutien pour les enseignants à cet égard. Il convient d'encourager les enseignants à acquérir une formation plus spécialisée sur l'éducation sexuelle grâce à une attention accrue portée à la formalisation du sujet dans le programme scolaire et à un perfectionnement professionnel et un soutien renforcés.</p>
<p>L'éducation sexuelle est déjà traitée dans d'autres matières (biologie, compétences nécessaires à la vie courante, éducation civique).</p>	<p>Dans de nombreux pays, les ministères, les écoles et les enseignants s'appliquent déjà à relever le défi que constitue l'amélioration de l'éducation sexuelle. Tout en reconnaissant la valeur de ces efforts, les <i>Principes directeurs internationaux</i> donnent l'occasion d'évaluer et de renforcer les programmes scolaires, les pratiques pédagogiques et les bases de données dans un secteur dynamique et en évolution rapide.</p>
<p>L'éducation sexuelle devrait promouvoir des valeurs.</p>	<p>Les <i>Principes directeurs internationaux</i> sur l'éducation sexuelle s'inscrivent dans le cadre d'une approche fondée sur le respect des droits où des valeurs, comme le respect, l'acceptation, la tolérance, l'égalité, la compassion et la réciprocité, sont liées de façon inextricable à des droits de la personne universellement reconnus. On ne saurait débattre de la sexualité sans prendre en compte les aspects relatifs aux valeurs.</p>

3.1 Les principales parties prenantes

L'éducation sexuelle suscite aussi bien l'opposition que le soutien. L'opposition, lorsqu'elle se manifeste, n'est nullement insurmontable. Les ministères de l'éducation jouent un rôle essentiel en s'efforçant de réunir un consensus autour de la nécessité d'une éducation sexuelle en organisant des consultations et des actions de plaidoyer auprès des principales parties prenantes, c'est-à-dire notamment :

- les jeunes dans leur diversité et les organisations qui travaillent avec eux ;
- les parents et les associations parents-enseignants ;
- les décideurs et les responsables politiques ;
- les ministères, en particulier du secteur de la santé et autres secteurs qui s'occupent des besoins des jeunes ;
- les professionnels de l'éducation et les établissements d'enseignement, en particulier les enseignants, les chefs d'établissement et les institutions de formation ;

- les responsables religieux et les organisations confessionnelles ;
- les syndicats d'enseignants ;
- les institutions de formation des professions de santé ;
- les chercheurs ;
- les responsables communautaires et traditionnels ;
- les lesbiennes, les gays, les bisexuels et les transsexuels ;
- les ONG, en particulier celles qui œuvrent dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive chez les jeunes ;
- les personnes vivant avec le VIH ;
- les médias (locaux et nationaux) ; et
- les donateurs ou bailleurs de fonds extérieurs concernés.

Comme le montrent les études et l'expérience pratique, les programmes d'éducation sexuelle sont parfois plus attrayants pour les jeunes et aussi plus efficaces quand les jeunes sont impliqués dans l'élaboration de leur contenu. Faciliter le dialogue entre les différentes parties prenantes, et plus particulièrement entre les jeunes et les adultes, peut contribuer à mobiliser un soutien. Il existe de multiples façons d'impliquer les jeunes. Ils peuvent par exemple relever leurs préoccupations et

idées reçues en matière de sexualité, proposer des activités pour faire face à ces préoccupations, aider à imaginer des jeux de rôles plus réalistes et suggérer des améliorations pour toutes les activités pendant la phase d'expérimentation (Kirby, 2009).

Encadré 2. Impliquer les jeunes

D'après un rapport publié en 2007 par le UK Youth Parliament (Parlement britannique des jeunes) et établi à partir des réponses de plus de 20 000 jeunes à un questionnaire, 40 % des jeunes considèrent que l'éducation sexuelle et aux relations interpersonnelles qu'ils ont reçue est « médiocre » ou « très médiocre », et 33 % comme juste passable. L'enquête fournit aussi d'autres résultats intéressants, par exemple :

- 43 % des jeunes interrogés déclarent n'avoir reçu aucun enseignement sur les relations interpersonnelles ;
- 55 % des jeunes de 12 à 15 ans et 57 % des filles de 16 à 17 ans déclarent n'avoir reçu aucune initiation sur le mode d'utilisation du préservatif ;
- un peu plus de la moitié des jeunes interrogés n'a pas été informée du lieu où se trouvait le service de santé sexuelle compétent pour leur localité.

La participation d'une structure, comme ce Parlement des jeunes, au processus d'examen de l'offre d'éducation sexuelle et aux relations interpersonnelles a permis d'obtenir des données importantes. Le rapport montre également que répondre aux besoins des jeunes est un immense défi, même pour les systèmes éducatifs de pays développés. L'implication des jeunes dans le processus du Parlement britannique des jeunes a notamment contribué à l'instauration de l'éducation obligatoire à la sexualité et aux relations interpersonnelles en Angleterre en 2008.

Source : Fisher, J. et McTaggart J. Review of Sex and Relationships Education (SRE) in Schools, Collection 2008, chapitre 3, paragraphe 14. www.teachernet.gov.uk/_doc/13030/SRE%20final.pdf or <http://ukyouthparliament.org.uk/sre>

3.2 Arguments à l'appui de l'éducation sexuelle

Parmi les arguments justifiant d'introduire une éducation sexuelle figurent les données factuelles issues d'évaluations des besoins et de la situation réalisées à l'échelon local et national. C'est le cas notamment des données locales concernant le VIH, les autres IST et les grossesses chez des adolescentes, les types de comportement sexuel des jeunes, y compris des jeunes considérés comme les plus vulnérables, ainsi que des études portant sur les facteurs spécifiques liés au risque et à la vulnérabilité au VIH et aux autres IST. L'idéal serait de prendre en compte des informations quantitatives et qualitatives, des données relatives à la sexualité et au

genre en fonction de l'âge et de l'expérience d'initiation sexuelle, la dynamique de partenaires, notamment le nombre de partenaires sexuels et les différences d'âge, le viol, la contrainte ou l'exploitation, la durée et la concomitance des partenaires, l'usage du préservatif et de la contraception et le recours aux services de santé disponibles.

Encadré 3. Amérique latine et Caraïbes : à l'origine de l'appel à action

De plus en plus de gouvernements dans le monde confirment leur engagement en faveur de l'éducation sexuelle et reconnaissent qu'elle est une priorité essentielle pour atteindre les objectifs nationaux en matière de développement, de santé et d'éducation. En août 2008, les ministres de la santé et de l'éducation de pays d'Amérique latine et des Caraïbes se sont réunis à Mexico pour signer une déclaration historique dans laquelle ils se donnent explicitement pour mission de mettre en place une éducation nationale à la sexualité et au VIH en milieu scolaire dans l'ensemble de la région. Cette déclaration plaide pour que l'éducation sexuelle globale soit renforcée et enseignée, en tant que matière obligatoire, dans les établissements du primaire et du secondaire de la région.

Les grandes lignes de la Déclaration ministérielle contiennent :

- un appel à mettre en œuvre ou renforcer des stratégies multisectorielles visant à une éducation sexuelle globale et la promotion et la prise en charge de la santé sexuelle, y compris de la prévention du VIH ;
- un consensus sur le fait qu'une éducation sexuelle globale implique des aspects relatifs aux droits de la personne et des aspects éthiques, biologiques, affectifs, sociaux, culturels et sexospécifiques et qu'elle respecte la diversité des orientations et des identités sexuelles.

Consulter également les sites suivants : http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2008/20080731_Leaders_Ministerial.asp

http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_minsterdeclaration_en.pdf

http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_minsterdeclaration_es.pdf

3.3 Planification de la mise en œuvre

Dans certains pays, des Conseils consultatifs nationaux ou des Comités d'Équipe de travail ont été créés par les ministères de l'éducation pour guider l'élaboration des politiques pertinentes, fournir un appui à des programmes et apporter une aide dans la conception et la mise en œuvre de programmes d'éducation sexuelle. Ces conseils ou comités comptent, en général, parmi

leurs membres des experts et des praticiens nationaux qui œuvrent dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, des droits de la personne, de l'éducation, de l'égalité des sexes, de l'épanouissement et de l'éducation des jeunes, et, parfois aussi, des jeunes. Leurs membres, que ce soit à titre individuel ou collectif, sont souvent conduits à participer à des actions de sensibilisation et de plaidoyer, à procéder à la révision de versions préliminaires de matériels et de politiques et à dresser un plan de travail complet d'enseignement en classe, assorti de plans de suivi et d'évaluation. À l'échelon des politiques, un lien explicite peut être créé entre une politique nationale relative à l'éducation sexuelle judicieusement conçue et des plans du secteur éducatif, ainsi qu'un plan stratégique ou cadre politique national relatif au VIH.

Pour garantir la continuité et la cohérence et promouvoir des contributions positives aux efforts visant à améliorer l'éducation sexuelle, des discussions sur la mobilisation du soutien et des capacités en faveur d'une éducation sexuelle en milieu scolaire peuvent être organisées, à chaque niveau et entre tous les niveaux. Les participants à ces discussions peuvent bénéficier, selon le cas, de séances d'orientation et de formation sur la sexualité et la santé sexuelle et reproductive. Ces séances peuvent comporter des modules de clarification des valeurs et d'acquisition de compétences pour aider à surmonter la gêne ressentie sur les questions de sexualité. Les enseignants chargés de dispenser une éducation sexuelle ont habituellement aussi besoin d'être formés et d'acquérir les compétences spécifiques permettant d'aborder la sexualité en des termes clairs et de se familiariser avec l'utilisation de méthodes d'apprentissage actif et participatif.

3.4 À l'échelon de l'école

Le contexte scolaire d'ensemble dans lequel il est prévu de dispenser une éducation sexuelle est d'une importance cruciale. À cet égard, deux facteurs étroitement liés sont déterminants : (1) leadership et (2) conseils en matière de politique. En premier lieu, les gestionnaires de l'école sont censés faire preuve de leadership en termes de motivation et de soutien et créer un climat propice pour mettre en place une éducation sexuelle et répondre aux besoins des jeunes. Dans la classe elle-même, le leadership des enseignants doit conduire les enfants et les jeunes à une meilleure compréhension de la sexualité au fur et à mesure de leurs découvertes, de leur apprentissage et de leur développement. Dans

un climat d'incertitude ou de conflit, les capacités de leadership dont font preuve les gestionnaires et les enseignants peuvent jouer un rôle déterminant dans la réussite ou l'échec des actions prévues dans un programme.

En second lieu, de par le caractère sensible et parfois controversé de l'éducation sexuelle, il importe que des lois et des politiques favorables et inclusives soient en place pour montrer que l'offre d'éducation sexuelle est plus une question de politique institutionnelle que le résultat du choix personnel d'individus. Mettre en œuvre une éducation sexuelle dans un cadre clairement défini de politiques ou d'orientations scolaires pertinentes concernant, par exemple, la santé sexuelle et reproductive, l'égalité des sexes (y compris le harcèlement sexuel), la violence sexuelle, la violence à caractère sexiste et les brimades (y compris la stigmatisation et la discrimination du fait de l'orientation sexuelle et de l'identité sexuelle) présente de nombreux avantages. Un cadre politique permet :

- de servir de base institutionnelle pour la mise en œuvre de programmes d'éducation sexuelle ;
- d'anticiper et prendre en compte les sensibilités concernant la mise en œuvre de programmes d'éducation sexuelle ;
- de définir des normes en termes de confidentialité ;
- de fixer des normes de comportement approprié ; et
- de protéger et soutenir les enseignants chargés de dispenser une éducation sexuelle et, si besoin est, de protéger ou de consolider leur statut au sein de l'école et de la communauté.

Il est possible que certains de ces aspects soient déjà clairement définis dans des politiques scolaires préexistantes. Dans la plupart des politiques scolaires concernant le VIH, par exemple, une attention spécifique est portée à la confidentialité, à la discrimination et à l'égalité des sexes. Toutefois, en l'absence d'orientations antérieures, une politique relative à l'éducation sexuelle permettra de clarifier et renforcer l'engagement de l'école à :

- faire appel à des enseignants formés pour dispenser cet enseignement ;
- impliquer les parents ;
- instaurer des procédures permettant de répondre aux préoccupations des parents ;
- apporter un soutien aux apprenantes enceintes pour qu'elles poursuivent leurs études ;

- créer un environnement scolaire propice à promouvoir la santé (par diverses mesures, comme l'installation de toilettes propres, privées et séparées pour les filles et les garçons) ;
- engager une action en cas de non-respect de la politique, par exemple de non-respect de l'anonymat, de stigmatisation et de discrimination, de harcèlement sexuel ou de brimades ; et
- promouvoir l'accès à des services locaux, notamment à des services de santé sexuelle et reproductive, et les liens avec ces services conformément à la législation nationale.

En outre, des décisions sont à prendre concernant le mode de sélection des enseignants chargés de mettre en œuvre des programmes d'éducation sexuelle et les critères de sélection appliqués, par exemple leurs aptitudes ou leurs préférences personnelles, ou concernant l'opportunité de demander à tous les enseignants de traiter un ou plusieurs sujets.

Normalement, dans le cadre de la planification de la mise en œuvre, il y a lieu de considérer les aspects relatifs à l'élaboration et à la mise à disposition de ressources (notamment de matériels) et de définir la place à donner à cet enseignement dans l'ensemble du programme scolaire. Il convient par ailleurs de planifier la formation préalable dans des institutions de formation des maîtres, ainsi que la formation continue et le perfectionnement professionnel des enseignants, de telle sorte qu'ils acquièrent une plus grande aisance et assurance et qu'ils développent leurs compétences en matière d'apprentissage participatif et actif (Kirby, 2009).

Pour que les élèves soient à l'aise lorsqu'ils participent à des activités collectives sur l'éducation sexuelle, il faut qu'ils se sentent en sécurité. Il est donc essentiel de créer un environnement protecteur et propice à l'éducation sexuelle. D'une manière générale, il est bon d'instaurer, dès le début, un ensemble de règles de base à respecter durant l'enseignement et l'apprentissage de l'éducation sexuelle. Par exemple : s'abstenir de commentaires ridicules et humiliants, ne pas poser de questions personnelles, respecter le droit de ne pas répondre à des questions, reconnaître que toutes les questions sont légitimes, ne pas interrompre, respecter les opinions des autres et garantir la confidentialité. Les recherches ont montré que certains programmes scolaires encouragent aussi le renforcement positif de la participation des élèves. Séparer les élèves en constituant des groupes par sexe, pour une partie ou toute la durée d'un programme, est également une méthode qui a donné de bons résultats (Kirby, 2009).

La sécurité dans l'environnement scolaire est à renforcer en adoptant des politiques destinées à éliminer l'homophobie et la discrimination sexiste qui soient articulées de façon cohérente avec le programme scolaire. Plus généralement, l'éthos de l'école devrait être uniformisé avec les valeurs et les objectifs du programme scolaire. L'école doit être un « lieu sûr » où les apprenants peuvent s'exprimer sans crainte d'être humiliés, rejetés ou maltraités et où une tolérance zéro pour les relations entre les élèves et les enseignants est appliquée (Kirby, 2009).

3.5 Implication des parents

Les parents ont parfois des opinions bien arrêtées et des inquiétudes profondes concernant les effets de l'éducation sexuelle. Ces inquiétudes peuvent s'expliquer par un manque d'information ou des craintes infondées sur la nature de l'éducation sexuelle et ses effets, ou par la perception qu'ils ont des normes sociales. Il est souhaitable de chercher à s'assurer, dès le début, de la coopération et du soutien des parents, familles et autres acteurs de la communauté et de les renforcer régulièrement. En effet, les valeurs familiales et communautaires, de même que les normes et les conditions sociales, influent fortement sur la perception et le comportement des jeunes. Il est important de souligner que le souci premier de l'école comme des parents est de promouvoir la sécurité et le bien-être des enfants et des jeunes.

En réponse aux inquiétudes des parents, l'une des solutions consiste à mettre en place des programmes parallèles destinés à les informer du contenu de l'éducation dispensée à leurs enfants et à les doter de capacités pour établir une communication plus ouverte et plus sincère avec leurs enfants à propos de la sexualité, de manière à apaiser leurs craintes et à ce qu'ils soutiennent l'école dans les efforts qu'elle déploie pour dispenser une éducation sexuelle de qualité. Les recherches ont montré que l'une des meilleures façons de faciliter les échanges entre parents et enfants sur la sexualité est de donner aux élèves des devoirs à faire chez eux qui nécessitent de discuter de sujets bien définis avec leurs parents ou d'autres adultes en qui ils ont confiance (Kirby, 2009). Si les enseignants et les parents s'apportent un soutien mutuel dans la mise en œuvre d'un processus guidé et structuré d'enseignement et d'apprentissage, il est probable que les enfants et les jeunes auront de meilleures chances de s'épanouir sur le plan personnel.

3.6 L'école, lieu de ressources communautaires

L'école peut devenir un centre communautaire fiable, susceptible de faire le lien avec d'autres ressources, par exemple les services en charge de la santé sexuelle et reproductive, des abus de drogue, de la violence à caractère sexiste et des conflits familiaux (UNESCO, 2008b). Ce lien entre l'école et la communauté est particulièrement important pour la protection des enfants. En effet, certaines catégories d'enfants et de jeunes sont particulièrement vulnérables, en particulier ceux qui sont mariés, déplacés, handicapés, orphelins ou qui vivent avec le VIH. Outre leur besoin d'informations et de compétences pertinentes pour savoir comment se protéger, ils ont besoin d'avoir accès à des services communautaires qui les aident à se protéger contre la violence, l'exploitation et les abus.



4. Base de données relatives à l'éducation sexuelle

4.1 Examen 2008 de l'incidence de l'éducation sexuelle sur le comportement sexuel

Ce chapitre dresse une synthèse des conclusions qui ressortent d'un examen récent de l'incidence de l'éducation sexuelle sur le comportement sexuel. Cet examen a été commandité par l'UNESCO durant la période 2008-2009 au titre de l'élaboration des *Principes directeurs internationaux*. Afin d'identifier un nombre aussi élevé que possible d'études dans le monde, l'équipe chargée de cet examen a consulté de multiples bases de données informatisées, étudié les résultats de recherches antérieures, contacté 32 chercheurs travaillant dans ce domaine, participé à des réunions professionnelles pouvant être l'occasion d'évoquer des études connexes et parcouru chaque numéro de 12 revues. (Pour une description détaillée des critères de sélection des études d'évaluation et pour des informations complémentaires sur la méthodologie appliquée pour identifier les études, se reporter à l'Annexe II.)

Tableau 2. Nombre de programmes d'éducation sexuelle mettant en évidence un effet sur les comportements sexuels

	Pays en développement (N=29)	États-Unis (N=47)	Autres pays développés (N=11)	Tous les pays (N=87)	
Âge des premières relations sexuelles					
• Recul de l'âge	6	15	2	23	37 %
• Absence d'effet significatif	16	17	7	40	63 %
• Avancement de l'âge	0	0	0	0	0 %
Fréquence des rapports sexuels					
• Fréquence moindre	4	6	0	10	31 %
• Absence d'effet significatif	5	15	1	21	66 %
• Fréquence accrue	0	0	1	1	3 %
Nombre de partenaires sexuels					
• En baisse	5	11	0	16	44 %
• Absence d'effet significatif	8	12	0	20	56 %
• En hausse	0	0	0	0	0 %
Utilisation du préservatif					
• Utilisation accrue	7	14	2	23	40 %
• Absence d'effet significatif	14	17	4	35	60 %
• Utilisation moindre	0	0	0	0	0 %
Utilisation de la contraception					
• Utilisation accrue	1	4	1	6	40 %
• Absence d'effet significatif	3	4	1	8	53 %
• Utilisation moindre	0	1	0	1	7 %
Prise de risque sexuel					
• Risque moindre	1	15	0	16	53 %
• Absence d'effet significatif	3	9	1	13	43 %
• Risque accru	1	0	0	1	3 %

L'examen a répertorié 87 études⁶ dans le monde (voir Tableau 2) qui répondaient aux critères, dont 29 dans des pays en développement, 47 aux États-Unis et 11 dans d'autres pays développés. Tous les programmes étaient destinés à réduire les grossesses non désirées ou les IST, y compris l'infection à VIH ; leur but n'était pas de traiter des divers besoins des jeunes ou de leur droit à l'information sur de nombreux sujets. Tous consistaient en des cours fondés sur le programme scolaire, 70 % étaient mis en œuvre en milieu scolaire, et les autres dans un cadre communautaire ou médical. Nombre de ces programmes étaient d'ampleur limitée, d'une durée inférieure à 30 heures, parfois de 15 heures seulement. L'examen avait pour objet d'analyser les effets de ces programmes sur les comportements sexuels qui influent directement sur la grossesse et sur la transmission du VIH et autres IST par voie sexuelle. Il n'était pas d'examiner les effets produits sur d'autres comportements, tels que comportements positifs en matière de santé, harcèlement sexuel, violence sexuelle ou avortements dans des conditions à risque.

Points faibles et points forts de l'examen

Plusieurs points faibles sont à relever dans les études et, par là même, dans l'examen. Les études menées dans des pays en développement étaient trop peu nombreuses. Dans certaines études, la description des programmes n'était pas suffisamment détaillée. Aucune étude ne portait sur des programmes concernant des gays, des lesbiennes ou d'autres jeunes qui s'adonnent à des relations sexuelles entre partenaires de même sexe. Les études ont utilisé des protocoles d'évaluation relativement sommaires dans quelques cas et, pour nombre d'entre elles, la rigueur statistique était largement insuffisante. Dans la plupart des études, aucun ajustement pour tenir compte de tests de signification multiples n'était prévu. Les études comportant une mesure de l'incidence sur les taux de IST ou les taux de grossesse étaient peu nombreuses et les études comportant une mesure de l'incidence sur les taux de IST ou les taux de grossesse à l'aide de marqueurs biologiques l'étaient encore moins. Enfin, la publication des études est systématiquement entachée de partialité : les chercheurs sont davantage enclins à publier des articles lorsque des résultats positifs confirment leurs théories. De même, les programmes et les revues n'acceptent en général de publier des articles que lorsque les résultats sont positifs.

Malgré ces points faibles, ces études sont riches d'enseignements pour plusieurs raisons : 1) le nombre d'études, soit 87, toutes fondées sur des protocoles à caractère expérimental ou quasi expérimental, est élevé ; 2) quelques études utilisent des protocoles de recherche rigoureux et donnent des résultats semblables à ceux d'études reposant sur des protocoles d'évaluation moins fiables ; 3) dans le cas de programmes ayant fait l'objet de plusieurs études, les résultats obtenus sont souvent identiques ou très proches ; et 4) les programmes efficaces pour changer les comportements sexuels présentent souvent des caractéristiques communes.

4.2 Incidence sur le comportement sexuel

Sur les 63 études⁷ consacrées à mesurer l'incidence des programmes d'éducation sexuelle sur l'âge des premières relations sexuelles, 37 % des programmes ont abouti à un recul de l'âge des premières relations sexuelles sur la totalité de l'échantillon ou sur un sous-échantillon important, contre 63 % pour lesquels aucun effet n'a été relevé. Il est à noter qu'aucun programme n'a eu pour effet d'avancer l'âge des premières relations sexuelles. De même, 31 % des programmes ont conduit à une diminution de la fréquence des rapports sexuels (avec notamment un retour à l'abstinence), contre 66 % pour lesquels aucun effet n'a été relevé et 3 % qui ont produit une augmentation de la fréquence des rapports sexuels. Enfin, 44 % des programmes ont abouti à une diminution du nombre de partenaires sexuels, tandis que 56 % sont restés sans effet et qu'aucun programme n'a occasionné d'augmentation du nombre de partenaires. Le faible pourcentage de résultats orientés négativement est égal ou inférieur à celui que l'on aurait pu attendre par le fait du hasard, compte tenu du nombre élevé de tests de signification qui ont été examinés. Par ailleurs, en application du même principe, il est probable que quelques résultats orientés positivement soient le fruit du hasard.

Dans l'ensemble, ces études tendent à montrer que les programmes qui mettent l'accent sur l'absence de relations sexuelles comme étant l'option la plus sûre et qui abordent également la question de l'utilisation du préservatif et de moyens de contraception n'en-

6 Ces études portaient sur l'évaluation de 85 programmes (certains programmes apparaissaient dans plusieurs articles).

7 Sur les 63 études, plus de la moitié étaient des essais contrôlés randomisés.

traînent pas d'augmentation de l'activité sexuelle, au contraire :

- pour plus d'un tiers des programmes, l'âge des premières relations sexuelles a reculé ;
- pour environ un tiers des programmes, la fréquence des rapports sexuels a diminué ; et
- pour plus d'un tiers des programmes, le nombre de partenaires sexuels a diminué, soit sur la totalité de l'échantillon, soit sur des sous-échantillons importants.

Outre les effets des programmes d'éducation sexuelle décrits ci-dessus, 11 programmes prônant l'abstinence, tous mis en œuvre aux États-Unis⁸, ont été examinés. Ces 11 études ne répondant pas aux critères de sélection de l'examen, elles ont fait l'objet d'une analyse séparée. Deux des 11 études indiquent que les programmes évalués ont abouti à un recul de l'âge des premières relations sexuelles, tandis qu'aucun effet n'était mis en évidence pour les neuf autres. Deux des huit études montrent que le programme a abouti à une diminution de la fréquence des rapports sexuels, tandis que six programmes n'avaient pas eu d'effet. Enfin, l'un des sept programmes a entraîné une baisse du nombre de partenaires sexuels, les six autres restant sans effet. D'autre part, aucune des sept études concernant la mesure de l'incidence sur l'usage du préservatif n'a mis en évidence d'effet négatif ou positif, et aucune des six études concernant la mesure de l'incidence sur l'utilisation de la contraception n'a fait ressortir un quelconque effet. Les versions ultérieures des Principes directeurs s'efforceront d'intégrer les résultats de nouvelles études à mesure que d'autres données factuelles seront disponibles.

4.3 Incidence sur l'usage du préservatif et de la contraception

Il apparaît que 40 % des programmes ont abouti à une utilisation accrue du préservatif, contre 60 % qui n'ont eu aucun effet, et qu'aucun programme n'a entraîné un recul de l'usage du préservatif. De même, 40 % des programmes ont entraîné une utilisation accrue de la contraception, contre 53 % qui n'ont eu aucun effet, et 7 % (un seul programme) ayant conduit à une

baisse de son utilisation. Certaines études ont consisté à évaluer des mesures combinées de la fréquence de l'activité sexuelle et de l'usage du préservatif ou de la contraception. À titre d'exemple, quelques études ont mesuré la fréquence des rapports sexuels sans préservatif ou le nombre de partenaires sexuels avec utilisation non systématique du préservatif. Ces mesures ont été regroupées dans la catégorie « prise de risque sexuel ». Cinquante-trois pour cent des programmes ont abouti à un recul de la prise de risque sexuel ; 43 % d'entre eux n'ont eu aucun effet et, pour 3 % d'entre eux, on a enregistré une augmentation de la prise de risque sexuel.

En résumé, ces études démontrent que plus d'un tiers des programmes ont eu pour effet une utilisation accrue du préservatif ou de la contraception, et plus de la moitié d'entre eux une diminution de la prise de risque sexuel, sur la totalité de l'échantillon, soit sur des sous-échantillons importants.

Les résultats positifs relevés pour les trois mesures de l'activité sexuelle, de l'usage du préservatif et de la contraception et de la prise de risque sexuel sont très similaires, si l'on se limite aux études de grande ampleur fondée sur des protocoles expérimentaux rigoureux. Ainsi, de nombreux éléments tendent à démontrer une incidence positive sur les comportements.

4.4 Incidence sur les taux de IST, de grossesse et de natalité

La fréquence des IST, des grossesses et des naissances étant inférieure à la fréquence des rapports sexuels ou d'utilisation du préservatif ou de moyens de contraception, il est nécessaire, si l'on veut obtenir une distribution satisfaisante des résultats de mesure concernant les IST, les grossesses et les naissances, de disposer d'échantillons de taille beaucoup plus grande afin de pouvoir mesurer correctement l'incidence des programmes sur les taux de IST et les taux de grossesse. De nombreuses études ne reposant pas sur une base statistique suffisamment rigoureuse, leurs résultats ne sont pas reproduits sur le Tableau 2.

Les études qui ont évalué des programmes ayant produit une baisse significative des taux de IST ou des taux de grossesse sont peu nombreuses et ne représentent qu'une petite minorité. Sur les 18 études ayant utilisé

8 Voir Annexe V : Borawski, Trapl, Lovegreen, Colabianchi et Block, 2005 ; Clark, Trenholm, Devaney, Wheeler et Quay, 2007 ; Denny et Young, 2006 ; Kirby, Korpi, Barth et Cagampang, 1997 ; Rue et Weed, 2005 ; Trenholm *et al.* 2007 ; Weed *et al.* 1992 ; Weed *et al.* 2008.

des marqueurs biologiques pour mesurer l'incidence sur les taux de grossesse ou les taux de IST, 5 ont fait ressortir des résultats positifs significatifs, et les 13 autres non.

4.5 Ampleur de l'incidence

Même s'agissant de programmes efficaces, aucune baisse très significative des comportements sexuels à risque n'a été obtenue ; la baisse a été beaucoup plus modeste. Dans l'ensemble, les programmes les plus efficaces ont abouti à réduire approximativement d'un quart à un tiers les comportements sexuels à risque. Par exemple, en supposant que 30 % du groupe témoin ont eu des rapports sexuels non protégés pendant une durée déterminée, 20 % du groupe index seulement ont été dans ce cas, ce qui équivaut à une baisse de 10 points en pourcentage ou, proportionnellement, d'un tiers.

4.6 Etendue des résultats relatifs au comportement

Les programmes prônant à la fois l'abstinence et l'usage du préservatif et de moyens de contraception ont été efficaces pour modifier les comportements lorsqu'ils étaient mis en œuvre dans un cadre scolaire, médical et communautaire et qu'ils étaient destinés à des groupes de jeunes différents : par exemple les jeunes hommes et les jeunes femmes, les jeunes sans expérience sexuelle et les jeunes ayant une expérience sexuelle, les jeunes moins exposés et les jeunes plus exposés appartenant à des communautés défavorisées et à des communautés plus favorisées.



Encadré 4. MEMA kwa Vijana (Des bienfaits pour les jeunes)

Une étude particulièrement intéressante concerne le programme MEMA kwa Vijana (MKV) mis en œuvre dans une région rurale de la République-Unie de Tanzanie. Cette étude a évalué l'incidence d'un programme à plusieurs volets, comportant un programme d'enseignement intensif en classe, des services de santé reproductive soucieux des jeunes, la promotion et la distribution de préservatifs par et pour des pairs dans le cadre communautaire, ainsi qu'une action de sensibilisation de la communauté axée sur la création d'un environnement propice pour les actions.

Un essai randomisé rigoureux a mis en évidence des effets positifs du programme sur le comportement sexuel des personnes interrogées. Par exemple, après huit ans d'application du programme, le pourcentage d'hommes ayant déclaré un nombre de partenaires sexuels pendant leur vie égal ou supérieur à quatre est tombé de 48 % à 40 %. En outre, le pourcentage de femmes ayant déclaré utiliser un préservatif avec un partenaire sexuel occasionnel a progressé de 31 % à 45 %.

Ce programme n'a toutefois pas eu d'effet sur les taux d'infection à VIH, d'autres IST ou de grossesse. Il y a au moins trois explications possibles. En premier lieu, les participants à l'étude ont peut-être fait de fausses déclarations concernant leur comportement sexuel et le programme n'a peut-être pas réellement modifié les comportements sexuels. En second lieu, le programme a peut-être modifié les comportements à risque, mais non les comportements spécifiques qui influent le plus sur les grossesses, les IST et l'infection à VIH. En troisième lieu, le programme n'a peut-être pas modifié les comportements dans des proportions suffisantes pour avoir une incidence sur les taux de grossesse, de IST et d'infection à VIH.

Quelle que soit l'explication, l'étude met en garde contre le fait que, même bien conçu, un programme mis en œuvre dans le cadre scolaire et fondé sur des éléments communautaires agissant en synergie peut ne pas avoir d'effet significatif sur les taux de grossesse, de IST ou d'infection à VIH.

Source : <http://www.memakwavijana.org>

4.7 Résultats d'études sur la reproduction de programmes

Plusieurs études menées aux États-Unis sur la reproduction de programmes aboutissent à des résultats encourageants⁹. Elles indiquent que, si l'on reproduit des programmes dont l'efficacité pour changer les comportements dans des contextes similaires a été démontrée dans une étude, que ce soit par les mêmes chercheurs ou par des chercheurs différents, on obtient systématiquement des résultats positifs. Des programmes ont moins de chances d'être efficaces si on en réduit considérablement la durée,

9 Voir Annexe V : Hubbard, Giese et Rainey, 1998 ; Jemmott, Jemmott, Braverman et Fong, 2005 ; St. Lawrence, Crosby, Brasfield et O'Bannon, 2002 ; St. Lawrence et al. 1995 ; Zimmerman et al. 2008 ; Zimmerman et al. à paraître.

que l'on en supprime des activités prônant l'usage accru du préservatif ou que, initialement conçus pour des environnements communautaires et évalués dans de tels environnements, on les met en œuvre ultérieurement dans des contextes scolaires.

4.8 Activités spécifiques fondées sur le programme scolaire

Quelques études ont mesuré l'incidence d'activités spécifiques intégrées dans des cours fondés sur le programme scolaire. Deux études ont, quant à elles, analysé l'incidence de certaines activités dans le cadre de programmes de prévention du VIH plus vastes et plus complets, intégrés dans des cours dispensés à l'école. La première étude (Duflo *et al.* 2006) a montré que des jeunes ayant écouté un débat sur l'opportunité d'enseigner à des enfants d'âge scolaire la manière d'utiliser un préservatif, puis rédigé un texte sur les moyens de se protéger contre le VIH, étaient par la suite davantage enclins à utiliser un préservatif. La deuxième étude (Dupas, 2006) a révélé que toutes les activités indiquées ci-après ont entraîné une baisse significative du taux de grossesse chez les adolescentes ayant des rapports sexuels avec des hommes plus âgés : fourniture de données sur les taux de prévalence du VIH ventilés par âge et par sexe, accent mis sur le risque encouru par des jeunes femmes lors de rapports sexuels avec des hommes plus âgés (risque plus élevé d'être séropositives au VIH) et vidéo illustrant les dangers des rapports sexuels avec des hommes plus âgés. Le marqueur biologique des grossesses chez des adolescentes qui ont des rapports sexuels avec des hommes plus âgés était perçu comme important non seulement en tant que tel, mais aussi en tant qu'indicateur du nombre de relations sexuelles non protégées entre des jeunes femmes et des hommes plus âgés.

4.9 Incidence sur les facteurs cognitifs

La quasi-totalité des programmes d'éducation sexuelle qui ont été étudiés ont eu pour effet d'accroître les connaissances sur différents aspects de la sexualité et sur les risques de grossesse, d'infection à VIH ou d'autres IST. Cet aspect est important, car l'un des

rôles essentiels de l'école est précisément d'augmenter le savoir. Les programmes destinés à réduire le risque sexuel et appliquant un modèle logique cherchaient aussi à modifier d'autres facteurs qui influent sur le comportement sexuel. Les programmes efficaces pour retarder ou réduire les relations sexuelles ou pour développer l'usage du préservatif ou de la contraception étaient centrés sur :

- les connaissances concernant des sujets relatifs à la sexualité, comme l'infection à VIH, les autres IST et la grossesse, y compris les méthodes de prévention ;
- la perception des risques, par ex. infection à VIH, autres IST et grossesses ;
- les valeurs personnelles en matière d'activité sexuelle et d'abstinence ;
- les attitudes vis-à-vis du préservatif et de la contraception ;
- la perception des normes des pairs, notamment en matière d'activité sexuelle, de préservatifs et de contraception ;
- la capacité à refuser des relations sexuelles et à utiliser des préservatifs ;
- l'intention de s'abstenir de relations sexuelles, de restreindre l'activité sexuelle ou le nombre de partenaires ou de faire usage du préservatif ; et
- la communication avec les parents ou d'autres adultes et, éventuellement, avec des partenaires sexuels.

Il est à souligner que quelques études démontrent une amélioration de ces facteurs grâce à certains programmes (Kirby, Obasi et Laris, 2006 ; Kirby, 2007). D'autres études démontrent que ces facteurs ont, à leur tour, une incidence sur la prise de décision des adolescents en matière de sexualité (Blum et Mmari, 2006 ; Kirby et Lepore, 2007). Ainsi, de nombreux éléments prouvent que des programmes efficaces modifient réellement le comportement au travers de leur incidence sur des facteurs qui, eux-mêmes, ont des effets positifs sur le comportement sexuel des jeunes.

4.10 Synthèse des résultats

- Les programmes de cours basés sur le programme scolaire et mis en œuvre dans des écoles ou des communautés sont dans bien des cas (mais pas nécessairement dans tous les cas) capables de réduire les comportements sexuels à risque. Cependant, s'ils ne sont pas intégrés dans des

programmes plus vastes mis en œuvre dans des communautés, ces programmes n'ont pas toujours d'incidence significative en termes de réduction des taux d'infection à VIH, de IST ou de grossesse.

- Il est démontré que les programmes n'ont pas eu d'effets négatifs, tels que des premières relations sexuelles plus précoces ou une augmentation de l'activité sexuelle en particulier. Les études démontrent en outre que les mêmes programmes peuvent aboutir à un recul de l'âge des premières relations sexuelles ou à un usage accru du préservatif ou d'autres moyens de contraception. En d'autres termes, attirer l'attention des jeunes sexuellement actifs à la fois sur l'abstinence et sur la protection ne jette pas la confusion dans leur esprit. Il peut au contraire s'agir d'une approche réaliste et efficace.
- La quasi-totalité des études portant sur des programmes d'éducation sexuelle démontrent un accroissement des connaissances en la matière.
- Environ les deux tiers des études font apparaître des résultats positifs sur le comportement dans la totalité de l'échantillon ou dans un sous-échantillon important.
- Plus d'un programme sur quatre a amélioré deux aspects, ou plus, du comportement sexuel des jeunes. Il est encourageant de noter que les programmes ayant eu des effets positifs sur le comportement sont, notamment, les programmes reposant sur des protocoles d'évaluation rigoureux et les programmes reproduisant des programmes similaires, avec des résultats cohérents.
- L'analyse comparative de programmes efficaces et inefficaces démontre clairement que ceux qui possèdent les caractéristiques des programmes efficaces (voir chapitre 5) sont capables de changer les comportements impliquant un risque de IST et de grossesse pour des jeunes.
- Même si des programmes d'éducation sexuelle développent les connaissances, les compétences et les intentions conduisant à éviter un risque sexuel ou à recourir à des services médicaux, il peut être difficile pour des jeunes de réduire ce risque si cet aspect n'est pas étayé par les normes sociales ou que l'accès à des services médicaux n'est pas assuré.
- Les programmes d'éducation sexuelle étudiés présentaient une importante lacune : aucun d'entre eux ne portait, semble-t-il, sur les comportements responsables d'une forte prévalence de l'infection à VIH chez les adolescentes dans de nombreuses régions du monde (par exemple Europe, Amérique latine et Caraïbes et Asie). Ces comportements sont l'usage à risque de drogues par injection, les rapports sexuels à risque dans le cadre de relations sexuelles rétribuées et les relations sexuelles non protégées (principalement anales) entre hommes.

5. Caractéristiques des programmes efficaces

Ce chapitre présente les caractéristiques communes aux programmes d'éducation sexuelle qui ont été évalués et reconnus efficaces pour accroître les connaissances, clarifier les valeurs et les attitudes, renforcer les compétences et modifier les comportements (Kirby, Roller et Wilson, 2007). On trouvera un récapitulatif des caractéristiques des programmes efficaces dans le Tableau 3. Ces caractéristiques ont été établies à partir de programmes identifiés et vérifiés dans le cadre d'un examen indépendant (Kirby, 2005).

5.1 Caractéristiques liées à l'élaboration du programme scolaire

1. Impliquer dans l'élaboration des programmes scolaires des experts spécialisés dans la recherche sur la sexualité humaine, le changement des comportements et la pédagogie en la matière

À l'instar des mathématiques, des sciences, des langues et autres domaines, la sexualité humaine est un domaine à part entière qui repose sur un vaste corpus de recherches et de connaissances. Il est dès lors souhaitable d'impliquer, dans l'élaboration, le choix ou l'adaptation des programmes scolaires, des personnes qui sont familiarisées avec ce domaine de recherches et de connaissances. Qui plus est, s'agissant de programmes conçus pour réduire les comportements sexuels à risque, il est essentiel que les concepteurs de programmes scolaires connaissent le type de comportements à risque auxquels s'adonnent véritablement les jeunes à différents âges, les facteurs environnementaux et cognitifs qui influent sur ces comportements et les solutions les plus adaptées pour y répondre.

Pour créer des programmes permettant de réduire les comportements sexuels à risque, les concepteurs de programmes scolaires doivent s'appuyer sur les

théories et recherches relatives aux facteurs qui influent sur le comportement sexuel de façon à identifier les facteurs à traiter dans le programme. Les concepteurs de programmes scolaires doivent ensuite appliquer des méthodes pédagogiques efficaces pour aborder chacun de ces facteurs. Ils ont donc besoin de posséder des compétences théoriques et de connaître les facteurs psychosociaux qui influent sur le comportement sexuel et les méthodes pédagogiques qui permettent de modifier ces facteurs. Par ailleurs, il faut aussi qu'ils connaissent d'autres programmes d'éducation sexuelle qui ont changé les comportements et, plus spécialement, des programmes destinés à des jeunes et à des communautés semblables.

2. Évaluer les besoins et les comportements des jeunes en matière de santé reproductive dans le but d'étayer l'élaboration du modèle logique

En dépit des nombreux points communs qui existent entre les jeunes sur le plan de leurs besoins en matière de sexualité, il existe des différences considérables d'une communauté à l'autre, d'un contexte à l'autre et d'une classe d'âge à l'autre, quant aux connaissances, convictions, attitudes et compétences des jeunes et aux raisons de leur échec à éviter des relations sexuelles non désirées, non voulues et non protégées. Dans des programmes d'éducation sexuelle efficaces, ces raisons sont identifiées et des réponses sont apportées.

De même, il est important de tirer parti des connaissances, des attitudes positives et des compétences des jeunes. Ainsi, pour être efficaces, des programmes doivent s'appuyer sur ces atouts et combler les lacunes en la matière.

Il est possible d'évaluer les besoins et atouts des jeunes lors de groupes de discussion avec des jeunes et d'entretiens avec des professionnels qui travaillent



avec des jeunes et dans le cadre d'un examen des résultats de recherche concernant le groupe cible ou des populations semblables.

3. Utiliser un modèle logique qui spécifie les objectifs en matière de santé, les types de comportement ayant une incidence sur ces objectifs, les facteurs de risque et de protection ayant une incidence sur ces types de comportement et les activités conçues pour modifier ces facteurs de risque et de protection

Un modèle logique est un processus ou un outil utilisé par les concepteurs de programme pour planifier ou concevoir un programme. Les programmes les plus efficaces pour modifier des comportements et, en particulier, réduire les taux de grossesse ou les taux de IST reposaient sur un processus de conception du programme scolaire clairement défini et comportant quatre étapes : 1) identification des objectifs en matière de santé (c'est-à-dire réduction des grossesses non désirées ou de l'infection à VIH et d'autres IST) ; 2) identification des comportements spécifiques ayant une influence sur les taux de grossesse et les taux d'infection à VIH et de IST et susceptibles de pouvoir être modifiés ; 3) identification des facteurs cognitifs (ou psychosociaux) ayant une incidence sur ces comportements (à savoir connaissances, attitudes, normes, compétences, etc.) ; et 4) création d'activités multiples conçues pour modifier chaque facteur. Ce modèle logique a été le fondement théorique ou la base des programmes efficaces.

4. Concevoir des activités qui tiennent compte des valeurs communautaires et sont cohérentes avec les ressources disponibles (c'est-à-dire temps dont dispose le personnel, compétences du personnel, espace pour les installations et fournitures)

Il s'agit d'une étape importante dans tout programme et, bien qu'évidente en apparence, il existe une abondance d'exemples de personnes qui ont élaboré des programmes scolaires, mais n'ont pu les mettre en œuvre en totalité, faute d'avoir pris en compte les valeurs et les ressources de la communauté. La conséquence pour ces programmes a été une fin prématurée ou une mise en œuvre incomplète.

5. Tester le programme à l'échelle pilote et recueillir régulièrement les commentaires des apprenants sur la façon dont le programme répond à leurs besoins

Tester le programme à l'échelle pilote auprès d'individus représentatifs de la population cible permet d'ajuster, le cas échéant, certains éléments du programme avant sa mise en œuvre officielle. Les concepteurs de programme ont ainsi la possibilité d'adapter au mieux le programme et d'y apporter les changements importants nécessaires. Ils peuvent, par exemple, modifier un scénario ou une formulation dans un jeu de rôle de telle sorte que ce scénario ou cette formulation soit plus adaptée, familière ou compréhensible pour les participants. Il est souhaitable que le test pilote se déroule dans des conditions aussi proches que possible des conditions réelles dans lequel le programme doit être mis en œuvre. Il faut également que le test pilote porte sur l'ensemble du programme. De même, il est utile de recueillir les commentaires pratiques des participants, notamment en ce qui concerne les aspects qui ont été, ou non, efficaces et les solutions à envisager pour consolider les points faibles et y remédier.

5.2 Caractéristiques liées au programme scolaire lui-même

6. Se concentrer sur des objectifs clairs pour définir le contenu, l'approche et les activités du programme scolaire. Ces objectifs doivent inclure la prévention de l'infection à VIH, d'autres IST et de grossesses non désirées

Pour être efficace, le programme scolaire doit être clairement ciblé. En d'autres termes, spécialement en matière d'éducation sexuelle, l'attention doit être concentrée sur la prédisposition des jeunes à certaines situations (par exemple à l'infection à VIH, à d'autres IST ou à une grossesse) et aux conséquences négatives de ces situations. L'une des caractéristiques des programmes scolaires efficaces est de diffuser des messages clairs sur ces objectifs : par exemple des jeunes qui ont régulièrement des rapports sexuels non protégés s'exposent à un risque potentiel d'infection à VIH, d'autres IST ou de grossesse (risque d'être enceinte ou de provoquer une grossesse) et aux conséquences négatives qui s'ensuivent. Des programmes

scolaires efficaces ainsi conçus renforcent les jeunes dans leur intention d'éviter des IST et des grossesses non désirées.

7. Se concentrer strictement sur des comportements sexuels à risque et des comportements protecteurs spécifiques présentant un lien direct avec ces objectifs de santé

Les jeunes peuvent éviter de s'exposer au risque d'infection à VIH ou d'autres IST en pratiquant l'abstinence sexuelle. S'ils ont néanmoins des rapports sexuels et qu'ils souhaitent réduire le risque d'infection à VIH, d'autres IST ou de grossesse, ils doivent faire un usage correct et systématique du préservatif, réduire le nombre de leurs partenaires sexuels, éviter les relations concomitantes avec différents partenaires, opter pour la fidélité mutuelle dans les relations sexuelles, se soumettre à un test de dépistage (et, si nécessaire, à un traitement) des IST et se faire vacciner contre ces IST si de tels vaccins existent (comme c'est le cas du virus du papillome humain (HPV) et de l'hépatite B). Dans les environnements à forte prévalence du VIH en Afrique subsaharienne, l'OMS recommande la circoncision masculine comme moyen complémentaire de réduire le risque de transmission du VIH lors de relations sexuelles vaginales non protégées (OMS et ONUSIDA, 2009). Pour réduire le risque de grossesse, les jeunes doivent pratiquer l'abstinence sexuelle ou utiliser une méthode de contraception efficace.

Les programmes scolaires efficaces ont la particularité de mettre l'accent sur des comportements spécifiques de différentes manières. Ils citent le recul de l'âge des premières relations sexuelles, la prise de décision en connaissance de cause pour ce qui concerne l'initiation sexuelle, ainsi que les perceptions et les pressions exercées par leurs pairs en matière de sexualité. Ils abordent aussi la question des rapports sexuels, de la réduction du nombre de partenaires, de la concomitance des partenaires à éviter et de l'usage accru du préservatif et de la contraception en cas d'activité sexuelle. Il est nécessaire que cette information soit véhiculée sous une forme clairement intelligible et en des termes explicites, culturellement pertinents et adaptés à l'âge. À titre d'exemple, les pressions que subissent les jeunes pour obtenir des relations sexuelles sont identifiées et les moyens d'y faire face sont suggérés. Les situations spécifiques pouvant conduire à des rapports sexuels non désirés ou non protégés sont décrites et des stratégies de réponse possible sont explorées. Pendant les cours, une initiation

à l'usage correct du préservatif et une présentation des méthodes de contraception sont dispensées aux jeunes. Les moyens de surmonter les obstacles pour se procurer ces moyens de contraception ou les utiliser leur sont également enseignés, par exemple en leur indiquant précisément les lieux où ils peuvent accéder à des services anonymes et à faible coût (tels que contraceptifs, conseils en matière de VIH, tests de dépistage et traitement des IST).

Certains programmes efficaces ont établi des liens directs et étroits avec des services locaux de santé reproductive. Grâce à ces liens, le recours à la contraception et aux tests de dépistage des IST a par exemple été facilité.

8. Traiter de situations spécifiques susceptibles de conduire à des rapports sexuels non désirés ou non protégés et des moyens permettant de les éviter et de s'en libérer

Il est important d'identifier les situations spécifiques dans lesquelles les jeunes peuvent être particulièrement exposés propices à des pressions fortes pour obtenir des rapports sexuels, l'idéal étant de partir des éléments apportés par les jeunes eux-mêmes et de reproduire avec eux les stratégies permettant de les éviter et de s'en libérer. Dans des communautés où la consommation de drogues ou d'alcool est associée à des rapports sexuels non protégés, il est également important de traiter des effets de la drogue et de l'alcool sur le comportement sexuel. De même, il est important de traiter de la violence sexuelle et du recours à la contrainte pour obtenir des faveurs sexuelles.

9. Diffuser des messages clairs sur les comportements propres à réduire le risque de IST ou de grossesse

La diffusion de messages clairs sur les comportements dangereux et protecteurs semble être l'une des caractéristiques majeures des programmes efficaces. La quasi-totalité d'entre eux diffusent des messages clairs et cohérents sur les comportements protecteurs de façon répétée et sous des formes variées. En fait, la plupart des activités du programme scolaire sont destinées à modifier les comportements pour les rendre cohérents avec le message émis. Etant donné que la majorité des programmes efficaces visent à réduire les infections à VIH et autres IST, les messages les plus couramment diffusés recommandent aux jeunes d'éviter les rapports sexuels ou, à défaut, d'utiliser un préservatif à chaque rapport

sexuel et avec chaque partenaire. Certains programmes efficaces insistent aussi sur la fidélité au partenaire et la nécessité d'éviter les relations sexuelles multiples ou concomitantes. Certains messages tiennent compte des spécificités culturelles du pays et mettent l'accent sur le danger que représentent les « vieux protecteurs » (hommes plus âgés qui offrent des cadeaux ou des petits plaisirs, souvent dans l'attente implicite d'obtenir en échange des rapports sexuels). D'autres programmes insistent sur les tests de dépistage et le traitement des IST, y compris de l'infection à VIH. Les programmes axés sur la prévention des grossesses attirent en général l'attention des jeunes sur l'abstinence, le recul de l'âge des premières relations sexuelles ou l'usage du préservatif à chaque rapport sexuel. Certains programmes mettent en avant les valeurs sociales importantes, par exemple « fierté », « responsabilité », ou « respect de soi-même ». Les programmes qui prônent ces valeurs indiquent très clairement les comportements sexuels et protecteurs spécifiques qui sont cohérents avec ces valeurs.

10. Se concentrer sur les facteurs spécifiques de risque et de protection ayant une influence sur des comportements sexuels particuliers et susceptibles de changer grâce à des cours basés sur le programme scolaire (par exemple connaissances, valeurs, normes sociales, attitudes et compétences)

Les facteurs de risque et de protection jouent un rôle important dans la prise de décision des jeunes en matière de comportement sexuel. Aux facteurs cognitifs, dont font partie les connaissances, les valeurs, la perception des normes des pairs, les attitudes, les compétences et les intentions, s'ajoutent des facteurs externes, tels que l'accès à des services de santé et de soutien social soucieux des adolescents. Les cours fondés sur le programme scolaire et, plus spécialement, ceux qui sont mis en œuvre en milieu scolaire, sont en général axés sur les facteurs cognitifs internes, même s'ils donnent, parallèlement, des informations concernant l'accès à des services de santé reproductive. Les connaissances, valeurs, normes, etc., qui sont mises en avant dans une éducation sexuelle, doivent aussi être étayées par les normes sociales et les nombreuses tentatives faites par des adultes de confiance qui servent de modèle et renforcent ces aspects.

Les normes sociales relatives au genre et l'inégalité entre les sexes ont une incidence sur l'expérience de la sexualité, le comportement sexuel et la santé sexuelle et reproductive. La discrimination fondée sur le sexe est monnaie courante et les jeunes femmes ont souvent

moins de pouvoir ou de contrôle sur leurs relations que les hommes, ce qui les rend, dans certains contextes, plus vulnérables aux abus et à l'exploitation des garçons et des hommes et, en particulier, des hommes plus âgés. Les hommes, quant à eux, subissent la pression de leurs pairs qui les poussent à se comporter selon les stéréotypes sexuels liés au genre masculin et à s'adonner à des pratiques néfastes.

Pour être efficaces en termes de réduction des comportements sexuels à risque, les programmes scolaires doivent traiter de ces inégalités et stéréotypes relatifs au genre sous un angle critique. Ils doivent par exemple aborder les circonstances spécifiques auxquelles les jeunes femmes et les jeunes hommes sont confrontés et leur donner des compétences et des moyens efficaces pour éviter le risque de relations sexuelles non désirées ou non protégées dans de telles situations. Dans le cadre de ces activités, il faut aborder la question des inégalités entre les sexes, des normes sociales et des stéréotypes, et s'abstenir à tout prix de promouvoir des stéréotypes sexistes néfastes.

11. Employer des méthodes pédagogiques participatives qui favorisent la participation active des élèves et les aident à intérioriser et intégrer l'information

La mise en œuvre de programmes scolaires efficaces repose sur l'utilisation d'un large éventail de méthodes pédagogiques participatives. Ces méthodes promeuvent en général la participation active des élèves à une tâche ou une activité, réalisée en classe ou dans la communauté, et suivie d'un temps d'échange ou de réflexion pour en dégager les principaux enseignements. Ces méthodes doivent être ajustées aux objectifs d'apprentissage spécifiques.

12. Mettre en œuvre de multiples activités pédagogiquement pertinentes et visant à modifier chacun des facteurs de risque et de protection considérés

De multiples activités sont ordinairement nécessaires pour aborder chaque facteur de risque et de protection ; d'où la nécessité de prévoir un grand nombre d'activités. C'est l'une des raisons pour lesquelles la durée habituelle des programmes efficaces s'étend sur un minimum de 12 à 20 séances.

En outre, il faut que ces activités intègrent des stratégies d'enseignement destinées à modifier les facteurs

de risque ou de protection associés, par exemple des jeux de rôle ayant pour but de renforcer la confiance en soi et la capacité à refuser des rapports sexuels non désirés ou éviter de s'exposer à des situations pouvant aboutir à des rapports sexuels non désirés.

13. Dispenser une information scientifiquement précise sur les risques que présentent des rapports sexuels non protégés et sur l'efficacité des différentes méthodes de protection

L'information dispensée dans un programme scolaire doit être factuelle, scientifiquement précise et pondérée, et ne pas exagérer ni sous-estimer les risques ou l'efficacité des préservatifs ou d'autres formes de contraception.

14. Traiter de la perception des risques (plus spécialement de la prédisposition)

Les programmes scolaires efficaces mettent l'accent à la fois sur la prédisposition à l'infection à VIH, à d'autres IST et à des grossesses non désirées et sur leur gravité. Témoignages personnels, simulations et jeux de rôle s'avèrent tous être des activités utiles, en complément de données statistiques et factuelles, pour explorer les concepts de risque, de prédisposition et de gravité.

15. Traiter des valeurs personnelles et de la perception des normes de la famille et des pairs concernant la sexualité et la multiplicité des partenaires

Les valeurs personnelles ont une influence non négligeable sur le comportement sexuel. Les programmes efficaces prônent des valeurs, comme l'abstinence, les manifestations d'affection sous des formes autres que sexuelles, ainsi que les relations sexuelles fondées sur la pérennité, l'amour et la fidélité. Ces valeurs sont explorées dans le cadre d'enquêtes, de jeux de rôle et de devoirs à faire chez soi, nécessitant en particulier de discuter avec les parents.

16. Traiter des attitudes individuelles et des normes des pairs concernant le préservatif et la contraception

De la même manière, les valeurs personnelles et les attitudes individuelles influent sur l'usage du préservatif et de la contraception. Les programmes efficaces diffusent des messages clairs sur ces moyens de protection, accompagnés d'une information précise sur leur efficacité. Ils aident en outre les élèves à analyser leur attitude à l'égard du préservatif et de la contraception et identifient les obstacles perçus à leur utilisation, comme la difficulté d'obtenir et de transporter un préservatif, la gêne éventuelle ressentie pour demander à un partenaire d'utiliser un préservatif ou d'autres difficultés pratiques concernant l'usage du préservatif ; ils prévoient ensuite un débat sur les moyens de surmonter ces obstacles.

17. Traiter à la fois des compétences et de la capacité à les utiliser

Pour éviter des rapports sexuels non désirés ou non protégés, les jeunes ont besoin des compétences suivantes : capacité à refuser des rapports sexuels non désirés, non voulus ou non protégés, capacité à insister sur l'utilisation du préservatif ou de moyens de contraception et capacité à obtenir et utiliser correctement ces moyens. Les deux premiers cas impliquent de communiquer avec un partenaire. Le jeu de rôle qui permet de couvrir un large éventail de situations types est couramment employé pour inculquer ces compétences en intégrant des éléments de chacune d'elles avant de les mettre en pratique dans des scénarios de plus en plus complexes. L'usage du préservatif et les compétences nécessaires pour s'en procurer sont habituellement l'occasion de faire des démonstrations et de se rendre dans les lieux où ils sont disponibles.

18. Couvrir les thèmes dans un ordre logique

Les thèmes sont à aborder dans un ordre logique. Dans de nombreux programmes efficaces, l'attention est portée en premier lieu sur le renforcement de la motivation pour éviter une infection à VIH, des IST ou une grossesse en mettant l'accent sur la prédisposition à ces risques et leur gravité, avant d'en venir aux connaissances, attitudes et compétences nécessaires pour les éviter.

Tableau 3. Récapitulatif des caractéristiques de programmes efficaces

Caractéristiques
1. Impliquer dans l'élaboration des programmes scolaires des experts spécialisés dans la recherche sur la sexualité humaine, le changement des comportements et la pédagogie en la matière.
2. Évaluer les besoins et les comportements des jeunes en matière de santé reproductive dans le but d'étayer l'élaboration de modèles logiques.
3. Utiliser un modèle logique qui spécifie les objectifs en matière de santé, les types de comportement ayant une incidence sur ces objectifs, les facteurs de risque et de protection ayant une incidence sur ces types de comportement et les activités conçues pour modifier ces facteurs de risque et de protection.
4. Concevoir des activités qui tiennent compte des valeurs culturelles et sont cohérentes avec les ressources disponibles (c'est-à-dire temps dont dispose le personnel, compétences du personnel, espace pour les installations et fournitures).
5. Tester le programme et recueillir régulièrement les commentaires des apprenants sur la façon dont le programme répond à leurs besoins.
6. Se concentrer sur des objectifs clairs pour définir le contenu, l'approche et les activités du programme scolaire. Ces objectifs doivent inclure la prévention de l'infection à VIH, d'autres IST et de grossesses non désirées.
7. Se concentrer strictement sur des comportements sexuels à risque et des comportements protecteurs spécifiques présentant un lien direct avec ces objectifs de santé.
8. Traiter de situations spécifiques susceptibles de conduire à des rapports sexuels non désirés ou non protégés et des moyens permettant de les éviter et de s'en libérer.
9. Diffuser des messages clairs sur les comportements propres à réduire le risque de IST ou de grossesse.
10. Se concentrer sur les facteurs spécifiques de risque et de protection ayant une influence sur des comportements sexuels particuliers et susceptibles de changer grâce à des cours fondés sur le programme scolaire (par exemple connaissances, valeurs, normes sociales, attitudes et compétences).
11. Employer des méthodes pédagogiques participatives qui favorisent la participation active des élèves et les aident à intérioriser et intégrer l'information.
12. Mettre en œuvre de multiples activités pédagogiquement pertinentes et visant à modifier chacun des facteurs de risque et de protection considérés.
13. Dispenser une information scientifiquement précise sur les risques que présentent des rapports sexuels non protégés et sur l'efficacité des différentes méthodes de protection.
14. Traiter de la perception des risques (plus spécialement de la prédisposition).
15. Traiter des valeurs personnelles et de la perception des normes de la famille et des pairs concernant la sexualité et la multiplicité des partenaires.
16. Traiter des attitudes individuelles et des normes de pairs concernant le préservatif et la contraception.
17. Traiter à la fois des compétences et de la capacité à les utiliser.
18. Couvrir les thèmes dans un ordre logique.



2. Prévoir des séances échelonnées sur plusieurs années

Pour optimiser l'apprentissage, il est nécessaire d'aborder chacun des thèmes sous une forme adaptée à l'âge et sur plusieurs années. Il est par ailleurs important de veiller à ce que les messages diffusés aux jeunes en matière de comportements soient clairs et qu'ils soient renforcés au cours des années qui suivent. Dans la majorité des programmes ayant eu des effets durables avérés sur les comportements au cours des deux années suivantes ou plus, il était prévu soit d'échelonner les séances sur une durée de deux ou trois ans, soit de

concentrer les séances sur la première année, suivies de séances complémentaires assurant une progression au cours des mois suivants, voire des années suivantes. L'avantage de ce système est de pouvoir dispenser un plus grand nombre de séances. Il permet aussi de renforcer des concepts importants sur plusieurs années. Dans certains programmes, des activités ont été mises en œuvre à l'échelon de l'école ou de la communauté au cours des années suivantes. Les élèves ont ainsi suivi ce programme scolaire en classe pendant deux ou trois ans ; au cours des années suivantes, leur apprentissage a été renforcé dans le cadre d'activités réalisées à l'échelon de l'école ou de la communauté.

6. Bonnes pratiques des établissements d'enseignement

Ce chapitre contient des recommandations communes fondées sur les bonnes pratiques identifiées dans des établissements d'enseignement (Kirby, 2009 ; Kirby, 2005).

1. Mettre en œuvre des programmes comportant un minimum de 12 séances

Pour répondre aux besoins des jeunes en matière d'information sur la sexualité, il est nécessaire de couvrir de multiples thèmes. Pour réduire la prise de risque sexuel chez les jeunes, il est nécessaire d'aborder les facteurs de risque et de protection qui interviennent dans l'élaboration de leurs décisions. Ces deux approches requièrent du temps : presque tous les programmes menés en milieu scolaire et ayant eu des effets positifs avérés sur les comportements à long terme ont comporté 12 séances ou plus, parfois même 30 séances ou plus, d'une durée approximative de 50 minutes.

3. Confier la mise en œuvre du programme scolaire à des éducateurs compétents et motivés

Les qualités des éducateurs peuvent jouer un rôle considérable dans l'efficacité du programme scolaire. Le processus de sélection des personnes chargées de dispenser le programme doit être transparent et identifier clairement les qualités nécessaires et souhaitables, parmi lesquelles : être intéressé par l'enseignement du programme, être à l'aise pour parler de sexualité, savoir communiquer avec les élèves et savoir utiliser des méthodologies d'apprentissage participatif. Une formation doit être prévue pour les personnes qui manquent de connaissances thématiques (se reporter à la caractéristique suivante). Si l'on s'attend

à recruter une forte proportion d'éducateurs de sexe masculin, des stratégies sont à prévoir afin de recruter un plus grand nombre de femmes, et vice versa.

Les éducateurs peuvent être soit les titulaires de classe ordinaires (plus spécialement ceux qui sont spécialisés dans l'éducation à la santé ou l'enseignement des compétences nécessaires à la vie courante), soit des enseignants spécialement formés pour enseigner uniquement l'éducation sexuelle et passer successivement dans les écoles, de classe en classe et à tous les niveaux d'études. Faire appel à des titulaires de classe ordinaires offre plusieurs avantages, par exemple : ils font partie de la structure scolaire, la communauté les connaît et leur fait confiance, ils ont déjà noué des relations avec les élèves et ils peuvent intégrer des messages sur l'éducation sexuelle dans différentes matières. Faire appel à des éducateurs spécialisés dans l'éducation sexuelle présente d'autres avantages, par exemple : ils peuvent être spécifiquement formés pour traiter de ce thème sensible et mettre en œuvre des activités participatives, ils ont accès à des informations régulièrement actualisées et ils peuvent facilement établir des liens avec les services de santé reproductive de la communauté. Les études montrent que les programmes peuvent être tout aussi efficaces, quelle que soit la catégorie d'éducateurs (Kirby, Obasi et Laris, 2006 ; Kirby, 2007).

La question se pose de l'efficacité relative de programmes scolaires d'éducation sexuelle, selon qu'ils sont conduits par des pairs ou par des adultes. Les effets positifs des programmes conduits par des adultes (plutôt que par des pairs) sur les comportements sont plus largement démontrés. Mais ce constat reflète le fait qu'un plus grand nombre d'études ont porté sur des programmes conduits par des adultes. Trois essais randomisés et une méta-analyse formelle comparant l'efficacité respective de programmes conduits par des adultes et conduits par des pairs n'ont pas apporté de preuves concluantes (Stephenson *et al.*, 2004 ; Jemmott *et al.*, 2004 ; Kirby *et al.*, 1997). Rien ne permet d'affirmer que les programmes conduits par des adultes sont plus ou moins efficaces que des programmes conduits par des pairs.

4. Dispenser une formation de qualité aux éducateurs

Il est important que les enseignants reçoivent une formation spécialisée. En effet, dispenser une éducation sexuelle implique souvent de nouveaux concepts et de nouvelles méthodes d'apprentissage. Cette formation doit comporter des buts et objectifs clairement définis, inculquer des méthodes d'apprentissage participatif et

donner les moyens de les mettre en pratique, garantir un juste équilibre entre le contenu d'apprentissage et les compétences, être fondé sur le programme scolaire à mettre en œuvre et offrir des possibilités de répéter les cours les plus importants du programme. Tous ces éléments de la formation contribuent à renforcer la confiance et les capacités des éducateurs. La formation doit aider les éducateurs à faire la distinction entre leurs valeurs personnelles et les besoins des apprenants en matière de santé. Elle doit encourager les éducateurs à enseigner la totalité du programme, et non à en choisir certains éléments. Elle doit traiter des difficultés que peuvent rencontrer des communautés, par exemple, en cas de classes à gros effectifs ou si l'enseignement de sujets pouvant être sanctionnés par un examen est prioritaire. Elle doit être d'une durée suffisamment longue pour couvrir l'essentiel des connaissances et des compétences nécessaires et pour laisser aux enseignants le temps d'intérioriser la formation, de poser des questions et d'évoquer des difficultés. Si possible et si nécessaire, les préoccupations des enseignants eux-mêmes concernant leur santé sexuelle et leur statut sérologique doivent être abordées. Enfin, cette formation doit être dispensée par des enseignants possédant une expérience et une connaissance étendues. À l'issue de la formation, il y a lieu de solliciter les commentaires des participants sur la formation.

5. Mettre en place des possibilités de gestion, d'encadrement et de contrôle réguliers

L'éducation à la santé n'étant pas solidement établie dans de nombreuses écoles, il incombe aux gestionnaires d'école d'encourager, de guider et de soutenir les enseignants qui en sont chargés. Un personnel d'encadrement doit veiller à ce que le programme scolaire soit mis en œuvre dans les conditions prévues, que tous les modules soient couverts dans leur intégralité (et pas uniquement les modules relatifs aux aspects biologiques qu'il est facile de sanctionner par un examen) et que les enseignants bénéficient d'un soutien pour répondre aux situations nouvelles et difficiles pouvant se présenter dans le cadre de leur travail. Le personnel d'encadrement doit également se tenir informé des évolutions importantes qui surviennent dans le domaine de l'éducation sexuelle, de façon à ce que les adaptations éventuellement nécessaires puissent être apportées au programme de l'école.

Références bibliographiques

- Birungi, H., Mugisha, J.F. et Nyombi, J.K. 2007. *La sexualité des jeunes infectés de façon périnatale par le VIH : Un élément négligé des programmes pour le VIH/SIDA en Ouganda*. Échange sur le VIH/SIDA, la Sexualité et le Genre. Nairobi: Population Council.
- Blum, R., Mmari, R. 2006. *Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries: an Analysis of adolescent sexual and reproductive health literature from around the world*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Delors, J., Al Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R. et al. 1996. *L'Éducation : un trésor est caché dedans. Rapport à l'UNESCO de la Commission internationale sur l'éducation pour le vingt et unième siècle*. Paris : UNESCO.
- Duflo, E., Dupas, P., Kremer, M., et Sinei, S. 2006. *Education and HIV/AIDS prevention: Evidence from a randomized evaluation in Western Kenya*. Boston: Department of Economics et Poverty Action Lab.
- Dupas, P. 2006. *Relative risks and the market for sex: Teenagers, sugar daddies and HIV in Kenya*. Hanovre: Dartmouth College.
- Fisher, J. et McTaggart J. *Review of sex and relationships education (SRE) in Schools*. Collection 2008, chapitre 3, paragraphe 14. www.teachernet.gov.uk/_doc/13030/SRE%20final.pdf ou <http://ukyouthparliament.org.uk/sre>
- Gordon, P. 2008. *Review of sex, relationships and HIV education in schools*. Paris : UNESCO.
- Fédération internationale pour le planning familial (IPPF). Non daté. *Online glossary of sexual and reproductive health terms*. Londres: IPPF. <http://glossary.ippf.org/GlossaryBrowser.aspx>
- Jemmott, J.B., Jemmott, L.S., Fong, G.T., et Hines, P. M. 2004. *Evaluation of an HIV/STD risk reduction intervention implemented by non-governmental organizations (NGOs): A randomized controlled cluster trial*. Présentation faite à la XV^e Conférence internationale sur le SIDA, Bangkok, Thaïlande, 15 juillet 2004.
- Kirby, D. 2009. *Recommendations for effective sexuality education programmes*. Étude non publiée, réalisée pour l'UNESCO. Paris : UNESCO.
- Kirby, D.B. 2007. *Emerging answers 2007: Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases*. Washington, D.C. : National Campaign to Prevent Teen and Unwanted Pregnancy.
- Kirby, D., et Lepore, G. 2007. *Sexual risk and protective factors: Factors affecting teen sexual behavior, pregnancy, childbearing and sexually transmitted disease: Which are important? Which can you change?* Washington, D.C. : National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby, D., Laris, B. et Roller, L. 2005. *Impact of sex and HIV curriculum-based education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries*. Washington D.C. : Family Health International.
- Kirby, D., Obasi, A., et Laris, B. 2006. *The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries*. Dans D. Ross, B. Dick et J. Ferguson (sous la direction de), *La prévention du VIH/SIDA chez les jeunes : Les bases factuelles des interventions efficaces dans les pays en développement* (p. 103-150 du texte anglais). Genève : OMS (résumé en français).
- Kirby, D., Roller, L., et Wilson, M.M. 2007. *Tool to assess the characteristics of effective sex and STD/HIV education programmes*. Washington D.C. : Healthy Teen Network.

- Kirby, D., Korpi, M., Barth, R.P., et Cagampang, H.H. 1997. *The impact of the Postponing Sexual Involvement curriculum among youths in California*. Family Planning Perspectives, 29(3), 100-108.
- Ross, D., Dick, B., et Ferguson, J. 2006. *La prévention du VIH/SIDA chez les jeunes : Les bases factuelles des interventions efficaces dans les pays en développement*. Genève : OMS.
- Stephenson, J., Strange, V., Forrest, S., Oakley, A., Copas, A., Allen, E., et al. 2004. *Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): Cluster-randomised intervention trial*. The Lancet, 364: 338-346.
- Stirling, M., Rees, H., Kasedde, S., et Hankins, C. 2008. *Addressing the vulnerability of young women and girls to stop the HIV epidemic in southern Africa*. Genève : ONUSIDA.
- Straight Talk Foundation. *Annual Report 2008*. Kampala: Straight Talk Foundation.
- ONU. 2006. *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. A/61/611. New York: ONU (doc. A/RES/61/106).
- ONU. 2003. *Comité des droits de l'enfant*. Observation générale n° 4 : La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant. CRC/GC/2003/4. New York : ONU.
- ONU. 2001. *Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA*. Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. A/RES/S-26/2. New York : ONU.
- ONU. 2000. *Comité des droits économiques, sociaux et culturels*. Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14. E/C.12/2000/4. New York : ONU.
- ONU. 1999. *Examen et évaluation d'ensemble de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. A/S-21/5/Add.1. New York : ONU.
- ONU. 1995. *Quatrième Conférence mondiale sur les femmes*. Programme d'action. New York : ONU.
- ONU. 1994. *Conférence internationale sur la population et le développement*. Programme d'action. New York : ONU.
- ONU. 1989. *Convention relative aux droits de l'enfant*. New York : ONU.
- ONUSIDA. 2008. *2008 Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA. 2006. *Scaling up access to HIV prevention, treatment, care and support. The next steps*. Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA. 2005. *Intensification de la prévention du VIH*, supra note 26 à 33. Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA. 1997. *Influence de l'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : un bilan actualisé 27*. Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA et OMS. 2007. *Le point sur l'épidémie de SIDA 2007*. Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA et OMS. 2008. *Unpublished Estimates*. Genève : ONUSIDA.
- UNESCO. 2008a. *EDUSIDA : cadre d'action*. Paris : UNESCO.
- UNESCO. 2008b. *School-centred HIV & AIDS Care and Support*. Paris : UNESCO.

- UNESCO. 2000. *Cadre d'action de Dakar : l'Éducation pour tous : tenir nos engagements collectifs*. Paris, UNESCO.
- Uganda Bureau of Statistics (UBOS) et Macro International Inc. 2007. *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton: UBOS et Macro International Inc.
- OMS. 2008a. *Adolescent pregnancy fact sheet*. Genève : OMS.
- OMS. 2007. Cinquième édition. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Genève : OMS.
- OMS. 2004. *Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development*. Genève : OMS
- OMS. 2002. *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Genève : OMS.
- OMS. 2001. *WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health*. Copenhague: OMS, Bureau régional pour l'Europe.
- OMS et ONUSIDA. 2009. *Operational guidance for scaling up male circumcision services for HIV prevention*. Genève : OMS.
- OMS et UNICEF. 2008. *More positive living: Strengthening the health sector response to young people living with HIV*. Genève: OMS.
- OMS et UNICEF. 2003. *Skills for health: Skills-based health education including life skills*. Genève : OMS et UNICEF.
- OMS/FNUAP/UNICEF. 1999. *Rapport d'un Groupe d'étude OMS/FNUAP/UNICEF sur la programmation relative à la santé des adolescents : Santé et développement de l'adolescent : pour une programmation efficace*. Genève : OMS. Annexes.



Annexes

Annexe I

Conventions et accords internationaux relatifs à l'éducation sexuelle

Comité des droits de l'enfant des Nations Unies. CRC/GC/2003/4, 1^{er} juillet 2003. Observation générale n° 4 : La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC)¹⁰

« Le Comité demande aux États parties d'élaborer et de mettre en œuvre, d'une manière qui corresponde au développement des capacités de l'adolescent, des mesures législatives, des politiques et des programmes visant à promouvoir la santé et le développement des adolescents (...) b) en fournissant les informations et l'appui nécessaires aux parents pour favoriser l'instauration d'une relation de confiance qui permette d'aborder ouvertement par exemple des questions de sexualité, de comportements sexuels et de modes de vie à risque, et de trouver des solutions acceptables compatibles avec le respect des droits des adolescents (par. 3 de l'article 27) ; » (CRC/GC/2003/4, par. 16)

« Les adolescents ont le droit d'avoir accès aux informations nécessaires à leur santé et à leur épanouissement et susceptibles de favoriser leur pleine participation à la vie sociale. Les États parties ont pour obligation de veiller à ce que tous les adolescents, filles ou garçons, scolarisés ou non, aient accès sans réserve à une information précise et bien conçue sur la manière de protéger leur santé et leur épanouissement et d'adopter des comportements favorables à la santé. Il s'agit notamment d'informations relatives à la consommation et à l'abus de tabac, d'alcool et d'autres substances, aux comportements sexuels sans danger et aux comportements sociaux respectueux d'autrui, au régime alimentaire et à l'activité physique. » (CRC/GC/2003/4, par. 26)

10 ONU. 2003. Comité des droits de l'enfant des Nations Unies. Observation générale n° 4 : La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC). CRC/GC/2003/4. New York : ONU. Voir aussi : ONU. 1989. Convention internationale droits de l'enfant. New York : ONU.

Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. E/C.12/2000/4, 11 août 2000. Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14¹¹

« Le Comité interprète le droit à la santé, tel que défini au paragraphe 1 de l'article 12, comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que [...] l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. » (E/C.12/2000/4, par. 11)

« En vertu du paragraphe 2 de l'article 2 et de l'article 3, le Pacte proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/SIDA), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé.(...) » (E/C.12/2000/4, par. 18)

« Pour faire disparaître la discrimination à l'égard des femmes, il faut élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale globale en vue de promouvoir leur droit à la santé tout au long de leur vie. Une telle stratégie devrait prévoir des interventions visant à prévenir les maladies dont elles souffrent et à les soigner, ainsi que des mesures qui leur permettent d'accéder à une

11 ONU. 2000. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14. E/C.12/2000/4. New York : ONU.

gamme complète de soins de santé de qualité et d'un coût abordable, y compris en matière de sexualité et de procréation. Réduire les risques auxquels les femmes sont exposées dans le domaine de la santé, notamment en abaissant les taux de mortalité maternelle et en protégeant les femmes de la violence familiale, devrait être un objectif majeur. La réalisation du droit des femmes à la santé nécessite l'élimination de tous les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé, ainsi qu'à l'éducation et à l'information, y compris en matière de santé sexuelle et génésique. Il importe également de prendre des mesures préventives, incitatives et correctives pour prémunir les femmes contre les effets de pratiques et de normes culturelles traditionnelles nocives qui les empêchent d'exercer pleinement leurs droits liés à la procréation. » (E/C.12/2000/4, par. 21)

Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. A/61/611, 6 décembre 2006. Article 25 – Santé¹²

« Les États parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation. En particulier, les États parties :

- (a) Fournissent aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris des services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires... »

Programme d'action (POA) de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)¹³

« Tous les pays devront s'efforcer de permettre le plus tôt possible et au plus tard en l'an 2015 l'accès, par l'intermédiaire de leur réseau de soins de santé primaires, aux services de santé en matière de reproduction à tous les individus aux âges appropriés. Dans le cadre des soins de santé primaires, il faut entendre notamment par soins de santé en matière de reproduction : l'orientation, l'information, l'éducation, la

communication et les services en matière de planification familiale ; l'éducation et les services relatifs aux soins prénatals, à l'accouchement sans risque et aux soins postnatals, en particulier l'allaitement naturel, les soins dispensés aux nourrissons et aux femmes ; la prévention et le traitement de la stérilité ; l'avortement tel qu'il est décrit au paragraphe 8.25, y compris la prévention de l'avortement et les moyens de faire face aux conséquences de cette pratique; le traitement des affections de l'appareil génital ; les maladies sexuellement transmissibles et autres conditions de santé en matière de reproduction ; et le cas échéant, l'information, l'éducation et l'orientation en matière de sexualité humaine, de santé en matière de reproduction et de parenté responsable. » (CIPD POA, par. 7.6)

« Des programmes originaux devront être mis au point pour mettre l'information, les services d'orientation et de santé en matière de reproduction à la disposition des adolescents et des hommes adultes. Ces programmes devront à la fois transmettre des connaissances aux hommes et les convaincre non seulement de prendre une part plus égale de responsabilité dans la planification familiale, les soins domestiques et l'éducation des enfants, mais encore d'accepter leur part prépondérante de responsabilité dans la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Ces programmes devront être proposés aux hommes sur leur lieu de travail, au foyer et dans les endroits où ils occupent leurs loisirs. Ils devront aussi être proposés aux enfants et aux adolescents, avec l'appui et les conseils de leurs parents et conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant, par l'intermédiaire des écoles, des organisations de jeunes et partout où les jeunes se retrouvent. Des méthodes masculines appropriées de contraception, acceptées de plein gré, ainsi que de prévention des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA devront être développées et mises à la disposition du public, de même que des services d'information et d'orientation appropriés. » (CIPD POA, par. 7.9)

« Il s'agit de : (a) Promouvoir le bon développement d'une sexualité responsable permettant des relations d'égalité et de respect mutuel entre les sexes et contribuant à améliorer la qualité de la vie des individus; b) Faire en sorte que les femmes et les hommes aient accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour jouir d'une bonne santé sexuelle et exercer leurs droits et responsabilités en matière de procréation. » (CIPD POA, par. 7.36)

« Il faudra encourager, avec l'appui et les conseils des parents et conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant, une éducation et des services intégrés relatifs à la sexualité à l'intention des jeunes, qui les sensibilisent

12 ONU. 2006. Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. A/61/611. New York : ONU.

13 ONU. 1994. Conférence internationale sur la population et le développement. Programme d'action. New York : ONU.

à leurs responsabilités d'hommes en ce qui concerne leur santé sexuelle et leur fécondité et qui les aident à assumer ces responsabilités. Ces actions éducatives devraient commencer dans la famille, la communauté et en milieu scolaire à l'âge voulu, mais aussi viser la population adulte, en particulier masculine, par des programmes éducatifs extrascolaires et toute une gamme de mesures prises au niveau de la communauté locale. (CIPD POA, par. 7.37)

« Étant donné la nécessité pressante d'éviter les grossesses non désirées, la propagation du sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles et le phénomène des violences et des sévices sexuels, les gouvernements devront asseoir leurs politiques nationales sur une meilleure compréhension de la nécessité d'une sexualité responsable et de la réalité actuelle des comportements sexuels. » (CIPD POA, par. 7.38)

« Les parents et les autres personnes légalement responsables d'adolescents ayant le droit, le devoir et la responsabilité d'orienter et de guider comme il convient l'adolescent en matière de sexualité et de procréation, compte tenu du développement de ses capacités, les pays doivent veiller à ce que les programmes et l'attitude des prestataires de soins de santé ne restreignent pas l'accès des adolescents aux services et à l'information dont ils ont besoin, notamment en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles et les violences sexuelles. À cet effet et, notamment, pour remédier à de telles violences, ces services doivent protéger le droit des adolescents au respect de leur vie privée, à la confidentialité, à la dignité et celui de donner leur consentement en connaissance de cause, tout en respectant les valeurs culturelles et les convictions religieuses. À cet égard, les pays devraient, s'il y a lieu, supprimer les dispositions législatives, réglementaires et sociales qui empêchent de fournir aux adolescents des informations sur la santé en matière de procréation ou des soins dans ce domaine. » (CIPD POA, par. 7.45)

« Avec l'appui de la communauté internationale, les pays devront protéger et promouvoir le droit des adolescents à l'éducation, à l'information et aux soins dans le domaine de la santé en matière de reproduction et faire en sorte que le nombre des grossesses d'adolescentes diminue considérablement. » (CIPD POA, par. 7.46)

« Les gouvernements, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, sont invités à reconnaître que les adolescents ont des besoins particuliers et à mettre en œuvre les programmes qui permettront de répondre à ces besoins. Ces programmes devraient comprendre des mécanismes d'appui à l'éducation et à l'orientation des adolescents dans des domaines tels que les relations

entre hommes et femmes et l'égalité entre les sexes, la violence à l'encontre des adolescents, un comportement sexuel responsable, la planification responsable de la famille, la vie familiale, la santé en matière de reproduction, les maladies sexuellement transmissibles, la contamination par le VIH et la prévention du SIDA. Les adolescents devraient bénéficier de programmes pour la prévention et le traitement des sévices sexuels et de l'inceste ainsi que d'autres services de santé en matière de reproduction. De tels programmes devraient fournir aux adolescents les informations dont ils ont besoin et viser délibérément à renforcer des valeurs culturelles et sociales positives. Les adolescents qui ont une activité sexuelle auront besoin d'informations, d'une orientation et de services spécifiques dans le domaine de la planification familiale, et les adolescentes qui se retrouvent enceintes auront besoin d'un appui particulier de leur famille et de la collectivité au cours de leur grossesse et de la petite enfance de leur bébé. Les adolescents doivent être pleinement associés à la planification, à la fourniture et à l'évaluation de ces informations et de ces services, compte dûment tenu des orientations et des responsabilités parentales. » (CIPD POA, par. 7.47)

« Les programmes devraient faire participer et former tous ceux qui sont susceptibles d'orienter les adolescents sur la voie d'un comportement sexuel et procréateur responsable, notamment les parents et les familles, ainsi que les collectivités, les établissements religieux, les établissements d'enseignement, les médias et les pairs. Les gouvernements et les organisations non gouvernementales devraient promouvoir des programmes d'éducation des parents, visant à améliorer les relations entre parents et enfants de façon que les parents soient mieux à même de s'acquitter du devoir qui leur incombe de favoriser le processus de maturation de leurs enfants, notamment dans le domaine du comportement sexuel ainsi que de la santé en matière de procréation. » (CIPD POA, par. 7.48)

Organisation des Nations Unies. A/S-21/5/Add.1, 1^{er} juillet 1999. Examen et évaluation d'ensemble de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD + 5)¹⁴

« Les gouvernements, en collaboration avec la société civile, y compris les organisations non gouvernementales, les donateurs et le système des Nations Unies, devraient : a) accorder un rang de priorité élevé à la santé en matière de sexualité et de reproduction dans le contexte

14 ONU. 1999. Examen et évaluation d'ensemble de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. A/S-21/5/Add.1. New York : ONU.

plus large de la réforme du secteur de la santé, y compris le renforcement des systèmes de santé de base, dont peuvent bénéficier en particulier les pauvres ; b) veiller à ce que les politiques, les plans stratégiques et les services de santé en matière de sexualité et de reproduction sous tous leurs aspects respectent tous les droits fondamentaux, y compris le droit au développement, et que ces services répondent aux besoins en matière de santé à tous les stades de la vie, y compris les besoins des adolescents, remédient aux inégalités et aux injustices dues à la pauvreté, au sexe et à d'autres facteurs, et assurent un accès équitable à l'information et aux services ; c) faire participer régulièrement tous les secteurs concernés, y compris les organisations non gouvernementales, et tout particulièrement les organisations de femmes et de jeunes et les associations professionnelles, à l'élaboration, à l'application, au contrôle de la qualité, au suivi et à l'évaluation des politiques et programmes afin de s'assurer que les services de santé en matière de sexualité et de reproduction et les informations connexes répondent aux besoins des individus et respectent leurs droits fondamentaux, y compris le droit d'accès à des soins de qualité ; d) mettre en place des services et des programmes de santé complets et accessibles, y compris de santé en matière de sexualité et de reproduction, pour les communautés autochtones, avec leur entière participation, de manière à répondre aux besoins et à tenir compte des droits des populations autochtones ; [...] » (A/S-21/5/Add.1, par. 52 (a)-(d))

Programme d'action (PFA) de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (FWCW) de l'Organisation des Nations Unies¹⁵

« Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences. » (FWCW PFA, par. 96)

« Les gouvernements, les organisations internationales, notamment les organismes compétents des Nations Unies, les donateurs bilatéraux et multilatéraux et les organisations non gouvernementales devraient [...]

(k) s'attacher à promouvoir le respect mutuel et l'égalité dans les relations entre les sexes et, en particulier, à fournir aux adolescents l'éducation et les services dont ils ont besoin pour pouvoir vivre leur sexualité de façon constructive et responsable ; » (FWCW PFA, par. 108 (k) et A/S-21/5/Add.1, par. 71(j))

« Les gouvernements, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, les organes d'information, le secteur privé et les organismes internationaux compétents, notamment les organismes des Nations Unies, devraient, selon qu'il convient [...] (g) reconnaître les besoins spécifiques des adolescents et mettre en œuvre des programmes appropriés, d'éducation et d'information, par exemple, sur les questions de santé se rapportant à la sexualité et à la procréation et sur les maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH/SIDA, compte tenu des droits de l'enfant et des droits, devoirs et responsabilités des parents tels qu'ils sont rappelés au paragraphe 107 (e) ; » (FWCW PFA, par. 107 (g))

Organisation des Nations Unies. A/RES/S-26/2, 2 août 2001. Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA¹⁶

« Nous, chefs d'État et de gouvernement et représentants d'État et de gouvernement, déclarons solennellement que nous nous engageons à rechercher des solutions à la crise du VIH/SIDA en adoptant les mesures suivantes [...] D'ici à 2003, élaborer ou renforcer des stratégies, politiques et programmes qui reconnaissent l'importance du rôle de la famille dans la réduction de la vulnérabilité, en ce qui concerne notamment l'éducation et l'encadrement des enfants, et tiennent compte des facteurs culturels, religieux et éthiques, afin de réduire la vulnérabilité des enfants et des jeunes, en assurant l'accès des filles et des garçons à l'enseignement primaire et secondaire, dont les programmes doivent notamment prévoir des cours sur le VIH/SIDA à l'intention des adolescents ; en assurant un environnement sans danger, notamment pour les jeunes filles ; en développant des services d'information, d'éducation en matière d'hygiène sexuelle et de conseils de qualité axés sur les besoins des jeunes ; en renforçant les programmes dans les domaines de la santé en matière de procréation et de l'hygiène sexuelle ; et en associant dans la mesure du possible les familles et les jeunes à la planification, à l'application et à l'évaluation des

15 ONU. 1995. Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes. Programme d'action. New York : ONU.

16 ONU. 2001. Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. A/RES/S-26/2. New York : ONU.

programmes de prévention du VIH/SIDA et de soins ; » (par. 63)

Plus généralement, référence pourra également être faite aux textes suivants :

- Le Cadre d'action de Dakar 2000 sur l'Éducation pour tous (EPT)¹⁷ souligne, dans l'un de ses six objectifs, la nécessité d'offrir aux jeunes des programmes conviviaux qui fournissent les informations, les compétences pratiques, l'aide et les services nécessaires pour les protéger contre les risques et les menaces qui limitent leurs possibilités d'apprendre et constituent une difficulté majeure pour les systèmes éducatifs, tels que grossesses pendant la scolarité et pandémie du SIDA.
- EDUSIDA¹⁸, initiative de l'ONUSIDA pour une réponse globale du secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA menée sous la conduite de l'UNESCO, recommande l'application de programmes scolaires d'éducation au VIH et au SIDA en milieu scolaire « commençant tôt, avant les premières relations sexuelles », « renforçant les connaissances et les compétences pour réduire les comportements à risque et réduire les vulnérabilités », et « luttant contre la stigmatisation et la discrimination, l'inégalité des sexes et autres vecteurs structurels de l'épidémie ».
- L'Organisation mondiale de la santé¹⁹ (OMS, 2004) conclut à l'importance capitale que l'éducation sexuelle débute tôt, en particulier dans les pays en développement, parce que c'est durant les premières années de cycle secondaire que les filles sont les plus exposées aux conséquences d'une activité sexuelle et que, en commençant une éducation sexuelle dès l'école primaire, il est aussi possible d'atteindre des élèves qui ne pourront pas fréquenter des établissements d'enseignement secondaire. Les principes directeurs établis par le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS appellent les États membres à faire en sorte qu'une éducation sexuelle et reproductive globale soit intégrée dans tous les programmes scolaires d'enseignement secondaire²⁰.

- L'ONUSIDA²¹ a conclu que les approches de l'éducation pour la santé sexuelle qui commencent à dispenser une éducation aux jeunes avant le début de la vie sexuelle étaient les plus efficaces²². L'ONUSIDA recommande l'application de programmes de prévention du VIH complets, de haute qualité et fondés sur des données probantes, qui favorisent l'égalité des sexes et prennent en compte les relations et les normes relatives au genre et qui délivrent une information exacte et explicite sur les pratiques sexuelles à moindre risque, en particulier l'usage systématique et correct de préservatifs masculins et féminins.

17 UNESCO. 2000. Cadre d'action de Dakar - L'Éducation pour tous : tenir nos engagements collectifs. Paris, UNESCO.

18 UNESCO. 2008. EDUSIDA : Cadre d'action. Paris: UNESCO.

19 OMS. 2004. Adolescent Pregnancy Report. Genève : OMS.

20 OMS. 2001. WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Copenhague : OMS, Bureau régional pour l'Europe.

21 ONUSIDA. 2005. Intensification de la prévention du VIH, supra note 26, à 33. Genève: ONUSIDA.

22 ONUSIDA. 1997. Influence de l'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : un bilan actualisé 27. Genève: ONUSIDA.

Annexe II

Critères de sélection des études d'évaluation

Les critères de sélection appliqués pour intégrer une étude dans cet examen de programmes d'éducation sexuelle, aux relations interpersonnelles, à l'infection à VIH et aux IST étaient les suivants :

1. Le programme soumis à évaluation devait :
 - (a) être un programme d'éducation aux IST, à l'infection à VIH, à la sexualité ou aux relations interpersonnelles fondé sur le programme scolaire et à destination collective (par opposition à une action impliquant uniquement une discussion spontanée ou une interaction en tête à tête ou des activités de sensibilisation générale dans les écoles, les communautés ou les médias) et le programme scolaire devait encourager d'autres méthodes que la seule abstinence pour se protéger contre des grossesses et des IST ;
 - (b) être axé prioritairement sur les comportements sexuels (et non couvrir un large éventail de comportements à risques, comme la consommation de drogues, la consommation d'alcool et la violence, en complément des comportements sexuels) ;
 - (c) être axé sur les jeunes jusqu'à l'âge de 24 ans dans d'autres pays que les Etats-Unis et jusqu'à l'âge de 18 ans aux Etats-Unis ;
 - (d) être mis en œuvre dans n'importe quelle région du monde.
2. Les méthodes de recherche devaient :
 - (a) comporter un protocole expérimental ou quasi expérimental suffisamment rigoureux, garantissant un juste équilibre entre groupes index et groupes témoin et portant sur la collecte de données d'essais préliminaires et d'essais postérieurs ;
 - (b) porter sur une taille d'échantillons d'au moins 100 personnes ;
 - (c) mesurer l'incidence du programme sur l'un, ou plus, des comportements sexuels suivants : âge des premières relations sexuelles, fréquence des rapports sexuels, nombre de partenaires sexuels, usage du préservatif, plus généralement utilisation de la contraception, mesures composites du risque sexuel (par exemple fréquence des rapports sexuels non protégés), taux d'IST, taux de grossesse et taux de natalité ;
 - (d) mesurer l'incidence sur les comportements pouvant changer rapidement (par exemple fréquence des rapports sexuels, nombre de partenaires sexuels, usage du préservatif, utilisation de la contraception ou prise de risque sexuel) sur une période au moins égale à 3 mois ou mesurer l'incidence sur les comportements ou résultats pouvant changer moins rapidement (par ex. âge des premières relations sexuelles, taux de grossesse ou taux de IST) sur une période au moins égale à 6 mois.
3. L'étude devait avoir été terminée ou publiée en 1990 ou à une date postérieure. Par souci d'être aussi inclusif que possible, aucun critère n'imposait que les études aient été publiées dans des revues évaluées par des pairs.

Méthodologie de l'examen

Afin d'identifier et de couvrir un nombre aussi élevé que possible d'études dans l'ensemble du monde, plusieurs tâches ont été menées, dont plusieurs sur une durée continue de deux ou trois ans. Plus précisément, nous avons :

1. consulté de multiples bases de données informatisées pour rechercher des études répondant aux critères (par exemple PubMed, PsychInfo, Popline, Sociological Abstracts, Psychological Abstracts, Bireme, Dissertation Abstracts, ERIC, CHID, et Biologic Abstracts) ;
2. examiné les résultats de recherches antérieures effectuées par Education, Training and Research Associates et recensé les études répondant aux critères spécifiés ci-dessus ;
3. examiné les études ayant déjà été résumées dans des examens antérieurs effectués par d'autres ;
4. pris contact avec 32 chercheurs ayant mené des recherches dans ce domaine auxquels nous avons demandé d'examiner toutes les études antérieurement identifiées et de suggérer et fournir d'éventuelles nouvelles études ;
5. participé à des réunions professionnelles, parcouru des résumés, parlé avec des auteurs et obtenu des études chaque fois que cela était possible ;
6. parcouru chaque numéro de 12 revues susceptibles d'évoquer des études connexes.

En application de cette méthodologie, 109 études répondant aux critères ci-dessus ont été identifiées. Ces études portaient sur l'évaluation de 85 programmes (certains programmes apparaissaient dans plusieurs articles). Les résultats de tous ces programmes ont été recueillis, codés et reproduits dans le Tableau 2, chapitre 4.

Annexe III

Données détaillées concernant les personnes contactées et les informateurs principaux

Nom, titre et organisme	Pays/Région	Domaine(s) de compétences
Peter Aggleton, Vicki Strange Institute of Education, Londres Groupe consultatif mondial de l'UNESCO	Royaume-Uni et monde	Recherche
Arvin Bhana Conseil de recherches en sciences humaines Groupe consultatif mondial de l'UNESCO	Afrique australe	Recherche
Ann Biddlecom Institut Alan Guttmacher	Afrique subsaharienne	Recherche
Antonia Biggs, Claire Brindis Université de Californie, San Francisco	États-Unis et Amérique latine	Recherche
Isolde Birdthistle, James Hargreaves, David Ross London School of Hygiene & Tropical Medicine (École londonienne d'hygiène et de médecine tropicale)	Afrique subsaharienne	Recherche
Harriet Birungi Population Council, Kenya	Afrique de l'Est	Recherche opérationnelle
Frances Cowan University College Londres	Afrique australe	Recherche
Mary Crewe Université de Pretoria	Afrique subsaharienne	Recherche
Juan Diaz Conseil de la population, Brésil	Brésil et Amérique latine	Recherche opérationnelle
Nanette Ecker SIECUS	Monde	Appui technique
Jane Ferguson OMS	Monde	Coordination, recherche et appui technique
Bill Finger, Karah Fazekas Family Health International	Monde	Appui technique
Alan Flisher Université du Cap	Afrique australe	Recherche
John Jemmott Université de Pennsylvanie	États-Unis et Afrique du Sud	Recherche
Rachel Jewkes Medical Research Council, South Africa (Centre sud-africain de recherche médicale)	Afrique australe	Recherche

Nom, titre et organisme	Pays/Région	Domaine(s) de compétences
Ana Luisa Liguori Fondation Ford	Amérique latine	Financement et appui technique
Joanne Leerlooijer, Jo Reinders Fondation mondiale pour la population (WPF)	Inde, Indonésie, Kenya, Pays-Bas, Thaïlande, Ouganda, Viet Nam	Mise en œuvre et appui technique
Cynthia Lloyd Population Council, États-Unis	Afrique subsaharienne	Recherche opérationnelle
Eleanor Matika-Tyndale Université de Windsor	Canada et Afrique de l'Est	Recherche
Lisa Mueller Program for Appropriate Technology in Health, PATH	Botswana, Chine, Ghana et République-Unie de Tanzanie	Mise en oeuvre et appui technique
George Patton The Royal Children's Hospital Melbourne, Centre for Adolescent Health (Centre de santé des adolescents)	Australie	Recherche
Susan Philliber Columbia University	Amérique du Nord	Recherche
David Plummer Université des Indes occidentales Chaire UNESCO d'éducation	Afrique australe et Caraïbes	Recherche
Herman Schaalma Université de Maastricht	Pays-Bas	Recherche
Lynne Sergeant Centre d'échange d'information sur l'éducation relative au VIH ET SIDA de l'UNESCO	Monde	Appui technique
Doug Webb UNICEF	Afrique subsaharienne	Coordination et appui technique
Alice Welbourn Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA, Groupe consultatif mondial de l'UNESCO	Afrique subsaharienne	Plaidoyer et appui technique
Daniel Wight Medical Research Council UK (Centre britannique de recherche médicale)	Royaume-Uni, Caraïbes et Afrique subsaharienne	Recherche

Annexe IV

Liste des participants

à la consultation technique mondiale de l'UNESCO sur l'éducation sexuelle, aux relations interpersonnelles et au VIH et autres IST, 18-19 février 2009, San Francisco, États-Unis

Prateek Awasthi

UNFPA
Sexual and Reproductive Health Branch
Technical Division
220 East 42nd Street
New York, New York 10017, États-Unis d'Amérique
<http://www.unfpa.org/adolescents/>

Arvin Bhana

Child, Youth, Family & Social Development
Human Sciences Research Council (HSRC)
Private Bag X07
Dalbridge, 4014, Afrique du Sud
<http://www.hsrc.ac.za/CYFSD.phtml>

Chris Castle

UNESCO
Section VIH et SIDA

Division de la coordination des priorités des Nations Unies en matière d'éducation

7, place de Fontenoy 75352 Paris, France
<http://www.unesco.org/aids>

Dhianaraj Chetty

Action Aid International
Post Net suite # 248
Private bag X31 Saxonwold 2132
Johannesburg, Afrique du Sud
<http://www.actionaid.org/main.aspx?PageID=167>

Esther Corona

Mexican Association for Sex Education/World
Association for Sexual Health (WAS)
Av de las Torres 27 B 301
Col Valle Escondido, Delegación Tlalpan México
14600 D.F., Mexique
esthercoronav@hotmail.com
<http://www.worldsexology.org/>

Mary Guinn Delaney

UNESCO Santiago
Enrique Delpiano 2058
Providencia
Santiago, Chili
<http://www.unesco.org/santiago>

Nanette Ecker

nanetteecker@verizon.net
<http://www.siecus.org/>

Nike Esiet

Action Health, Inc. (AHI)
17 Lawal Street
Jibowu, Lagos, Nigéria
<http://www.actionhealthinc.org/>

Peter Gordon

Basement Flat
27a Gloucester Avenue
London NW1 7AU, Royaume-Uni

Christopher Graham

HIV and AIDS Education Guidance and Counselling
Unit, Ministry of Education
37 Arnold Road
Kingston 5, Jamaïque

Nicole Haberland

Population Council USA
One Dag Hammarskjöld Plaza
New York, NY 10017, États-Unis d'Amérique
<http://www.popcouncil.org/>

Sam Kalibala

Population Council Kenya
Ralph Bunche Road
General Accident House, 2nd Floor
P.O. Box 17643-00500, Nairobi, Kenya
<http://www.popcouncil.org/africa/kenya.html>

Douglas Kirby

ETR Associates
4 Carbonero Way,
Scotts Valley, CA 95066, États-Unis d'Amérique
<http://www.etrassociates.org/>

Wenli Liu

Research Center for Science Education
Beijing Normal University
#19, Xijiekouwaidajie
Beijing, 100875, Chine

Elliot Marseille

Health Strategies International
1743 Carmel Drive #26
Walnut Creek, CA 94596, États-Unis d'Amérique

Helen Omondi Mondoh

Egerton University
P.O. Box 536
Egerton-20115, Kenya

Prabha Nagaraja

Talking About Reproductive and Sexual Health Issues
(TARSHI)
11, Mathura Road, 1st Floor, Jangpura B
New Delhi 110014, Inde
<http://www.tarshi.net/>

Hans Olsson

The Swedish Association for Sexuality Education
Box 4331, 102 67
Stockholm, Suède
<http://www.rfsu.se/>

Grace Osakue

Girls' Power Initiative (GPI) Edo State
67 New Road, Off Amadasun Street,
Upper Ekenwan Road, Ugbiyoko,
P.O. Box 7400, Benin City, Nigéria
<http://www.gpinigeria.org/>

Jo Reinders

World Population Foundation
Vinkenburgstraat 2A
3512 AB Utrecht, Pays-Bas
<http://www.wpf.org/>

Sara Seims

Population Program
The William and Flora Hewlett Foundation
2121 Sand Hill Road
Menlo Park, CA 94025, États-Unis d'Amérique
<http://www.hewlett.org/Programs/Population/>

Ekua Yankah

UNESCO
Section VIH et SIDA
Division de la coordination des priorités des Nations
Unies en matière d'éducation
7, place de Fontenoy 75352 Paris, France
<http://www.unesco.org/aids>

Annexe V

Etudes citées en référence dans le cadre de l'examen des données

Références bibliographiques relatives aux études visant à mesurer l'incidence de certains programmes sur le comportement sexuel dans des pays en développement

1. Agha, S., et Van Rossem, R. 2004. Impact of a school-based peer sexual health intervention on normative beliefs, risk perceptions, and sexual behaviour of Zambian adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 34(5), 441-452.
2. Antunes, M., Stall, R., Paiva, V., Peres, C., Paul, J., Hudes, M., et al. 1997. Evaluating an AIDS sexual risk reduction programme for young adults in public night schools in São Paulo, Brazil. *AIDS*, 11 (Supplément 1), S121-S127.
3. Baker, S., Rumakom, P., Sartsara, S., Guest, P., McCauley, A., et Rewthong, U. 2003. *Evaluation of an HIV/AIDS programme for college students in Thailand*. Washington, D.C.: Population Council.
4. Cabezon, C., Vigil, P., Rojas, I., Leiva, M., Riquelme, R., et Aranda, W. 2005. Adolescent pregnancy prevention: An abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school. *Journal of Adolescent Health*, 36(1), 64-69.
5. Cowan, F. M., Pascoe, S. J. S., Langhaug, L. F., Dirawo, J., Chidiya, S., Jaffar, S., et al. 2008. The Regai Dzive Shiri Project: a cluster randomised controlled trial to determine the effectiveness of a multi-component community-based HIV prevention intervention for rural youth in Zimbabwe – study design and baseline results. *Tropical Medicine and International Health*, 13(10), 1235-1244.
6. Duflo, E., Dupas, P., Kremer, M., et Sinei, S. 2006. *Education and HIV/AIDS prevention: Evidence from a randomized evaluation in Western Kenya*. Boston: Department of Economics et Poverty Action Lab.
7. Dupas, P. 2006. *Relative risks and the market for sex: Teenagers, sugar daddies and HIV in Kenya*. Hannovre: Dartmouth College.
8. Eggleston, E., Jackson, J., Rountree, W., et Pan, Z. 2000. Evaluation of a sexuality education program for young adolescents in Jamaica. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 7(2), 102-112.
9. Erulkar, A., Ettyang, L., Onoka, C., Nyagah, F., et Muyonga, A. 2004. Behavior change evaluation of a culturally consistent reproductive health program for young Kenyans. *International Family Planning Perspectives*, 30(2), 58-67.
10. Fawole, I., Asuzu, M., Oduntan, S., et Brieger, W. 1999. A school-based AIDS education programme for secondary school students in Nigeria: *A review of effectiveness*. *Health Education Research*, 14(5), 675-683.
11. Fitzgerald, A., Stanton, B., Terreri, N., Shipena, H., Li, X., Kahihuata, J., et al. 1999. Use of western-based HIV risk-reduction interventions targeting adolescents in an African setting. *Journal of Adolescent Health*, 23(1), 52-61.
12. James, S., Reddy, P., Ruiter, R., McCauley, A., et van den Borne, B. 2006. The impact of an HIV and AIDS life skills program on secondary

- school students in KwaZulu-Natal, South Africa, *AIDS Education and Prevention*, 18 (4), 281-294.
13. Jewkes, R., Nduna, M., Levin, J., Jama, N., Dunkle, K., Puren, A., et al. 2008. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 337, A506.
 14. Jewkes, R., Nduna, M., Levin, J., Jama, N., Dunkle, K., Wood, K., et al. 2007. *Evaluation of Stepping Stones: A gender transformative HIV prevention intervention*. Witwatersrand: South African Medical Research Council.
 15. Karnell, A. P., Cupp, P. K., Zimmerman, R. S., Feist-Price, S., et Bennie, T. 2006. Efficacy of an American alcohol and HIV prevention curriculum adapted for use in South Africa: Results of a pilot study in five township schools. *AIDS Education and Prevention*, 18 (4), 295-310.
 16. Kinsler, J., Sneed, C., Morisky, D., et Ang, A. 2004. Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. *Health Education Research*, 19(6), 730-738.
 17. Klepp, K., Ndeki, S., Leshabari, M., Hanna, P., et Lyimo, B. 1997. AIDS education in Tanzania: Promoting risk reduction among primary school children. *Journal of Public Health*, 87(12), 1931-1936.
 18. Klepp, K., Ndeki, S., Seha, A., Hannan, P., Lyimo, B., Msuya, M., et al. 1994. AIDS education for primary school children in Tanzania: An evaluation study. *AIDS*, 8 (8), 1157-1162.
 19. Martinez-Donate, A., Melbourne, F., Zellner, J., Sipan, C., Blumberg, E., et Carrizosa, C. 2004. Evaluation of two school-based HIV prevention interventions in the border city of Tijuana, Mexico. *The Journal of Sex Research*, 41(3), 267-278.
 20. Maticka-Tyndale, E., Brouillard-Coyle, C., Gallant, M., Holland, D., et Metcalfe, K. 2004. *Primary School Action for Better Health: 12-18 Month Evaluation - Final Report on PSABH Evaluation in Nyanza and Rift Valley*. Windsor, Canada: Université de Windsor.
 21. Maticka-Tyndale, E., Wildish, J., et Gichuru, M. 2007. Quasi-experimental evaluation of a national primary school HIV intervention in Kenya. *Evaluation and Programme Planning*, 30, 172-186.
 22. McCauley, A., Pick, S., et Givaudan, M. 2004. *Programming for HIV prevention in Mexican schools*. Washington, D.C.: Population Council.
 23. MEMA kwa Vijana. 2008. *Rethinking how to prevent HIV in young people: Evidence from two large randomised controlled trials in Tanzania and Zimbabwe*. Londres: MEMA kwa Vijana Consortium.
 24. MEMA kwa Vijana. 2008. *Long-term evaluation of the MEMA kwa Vijuana adolescent sexual health programme in rural Mwanza, Tanzania: a randomised controlled trial*. Londres: MEMA kwa Vijana Consortium.
 25. Mukoma, W. K. 2006. *Process and outcome evaluation of a school-based HIV/AIDS prevention intervention in Cape Town high schools*. Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud.
 26. Murray, N., Toledo, V., Luengo, X., Molina, R., et Zabin, L. 2000. *An evaluation of an integrated adolescent development program for urban teenagers in Santiago, Chile*. Washington, D.C.: Futures Group.
 27. Pulerwitz, J., Barker, G., et Segundo, M. 2004. *Promoting healthy relationships and HIV/STI prevention for young men: Positive findings from an intervention study in Brazil*. Washington D.C. : Population Council.
 28. Reddy, P., James, S., et McCauley, A. 2003. *Programming for HIV Prevention in South African Schools: A report on Programme Implementation*. Washington, D.C.: Population Council.
 29. Regai Dzive Shiri Research Team. 2008. *Cluster randomised trial of a multi-component HIV prevention intervention for young people in rural Zimbabwe: Technical briefing note*. Harare, Regai Dzive Shiri Research Team.
 30. Ross, D. 2003. *MEMA kwa Vijana: Randomised controlled trial of an adolescent sexual health programme in rural Mwanza, Tanzania*. Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
 31. Ross, D., Dick, B., et Ferguson, J. 2006. *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of*

the Evidence from Developing Countries. Genève: OMS.

32. Ross, D. A., Chagalucha, J., Obasi, A. I. N., Todd, J., Plummer, M. L., Cleophas-Mazige, B., *et al.* 2007. Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial. *AIDS*, 21 (14):1943-55.
33. Seidman, M., Vigil, P., Klaus, H., Weed, S., et Cachan, J. 1995. *Fertility awareness education in schools: A pilot program in Santiago, Chile*. Rapport présenté à l'occasion de la réunion annuelle de l'Association américaine de santé publique.
34. Shamagonam, J., Reddy, P., Ruiter, R.A.C., McCauley, A., et Borne, B. v. d. 2006. The impact of an HIV and AIDS life skills program on secondary school students in Kwazulu-Natal, South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 18(4), 281-294.
35. Smith, E. A., Palen, L.-A., Caldwell, L. L., Flisher, A. J., Graham, J. W., Mathews, C., *et al.* 2008. Substance use and sexual risk prevention in Cape Town, South Africa: An evaluation of the HealthWise program. *Prevention Science*, 9 (4), 311-321.
36. Stanton, B., Li, X., Kahihuata, J., Fitzgerald, A., Nuembo, S., Kanduuombe, G., *et al.* 1998. Increased protected sex and abstinence among Namibian youth following a HIV risk-reduction intervention: A randomized, longitudinal study. *AIDS*, 12, 2473-2480.
37. Thato, R., Jenkins, R., et Dusitsin, N. 2008. Effects of the culturally-sensitive comprehensive sex education programme among Thai secondary school students. *J Advanced Nursing*, 62 (4), 457-469.
38. Walker, D., Gutierrez, J. P., Torres, P., et Bertozzi, S. M. 2006. HIV prevention in Mexican schools: prospective randomised evaluation of intervention. *British Medical Journal*, 332 (7551), 1189-1194.
39. Wang, B., Hertog, S., Meier, A., Lou, C., et Gao, E. 2005. The potential of comprehensive sex education in China: findings from suburban Shanghai. *International Family Planning Perspectives*, 31 (2), 63-72.
40. Wilson, D., Mparadzi, A., et Lavelle, S. 1992. An experimental comparison of two AIDS prevention

interventions among young Zimbabweans. *The Journal of Social Psychology*, 132 (3), 415-417.

Références bibliographiques relatives aux études visant à mesurer l'incidence de certains programmes sur le comportement sexuel aux États-Unis

1. Aarons, S. J., Jenkins, R. R., Raine, T. R., El-Khorazaty, M. N., Woodward, K. M., Williams, R. L., *et al.* 2000. Postponing sexual intercourse among urban junior high school students: A randomized controlled evaluation. *Journal of Adolescent Health*, 27 (4), 236-247.
2. Blake, S. M., Ledsky, R., Lohrmann, D., Bechhofer, L., Nichols, P., Windsor, R., *et al.* 2000. *Overall and differential impact of an HIV/STD prevention curriculum for adolescents*. Washington, D.C.: Academy for Educational Development.
3. Borawski, E. A., Trapl, E. S., Goodwin, M., Adams-Tufts, K., Hayman, L., Cole, M. L., *et al.* 2009. *Taking Be Proud! Be Responsible! to the suburbs: A replication study*. Cleveland: Case Western Reserve University School of Medicine.
4. Borawski, E. A., Trapl, E. S., Lovegreen, L. D., Colabianchi, N., et Block, T. 2005. Effectiveness of abstinence-only intervention in middle school teens. *American Journal of Behaviour*, 29 (5), 423-434.
5. Boyer, C., Shafer, M., Shaffer, R., Brodine, S., Pollack, L., Betsinger, K., *et al.* 2005. Evaluation of a cognitive-behavioral, group, randomized controlled intervention trial to prevent sexually transmitted infections and unintended pregnancies in young women. *Preventive Medicine*, 40 (420-431).
6. Boyer, C., Shafer, M., et Tschann, J. 1997. Evaluation of a knowledge - and cognitive - behavioral skills-building intervention to prevent STDs and HIV infection in high school students. *Adolescence*, 32 (125), 25-42.
7. Clark, M. A., Trenholm, C., Devaney, B., Wheeler, J., et Quay, L. 2007. *Impacts of the Heritage Keepers® Life Skills Education component*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research, Inc.

8. Coyle, K., Kirby, D., Marin, B., Gomez, C., et Gregorich, S. 2004. Draw the Line/Respect the Line: A randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviors. *American Journal of Public Health*, 94(5), 843-851.
9. Coyle, K. K., Basen-Enquist, K. M., Kirby, D. B., Parcel, G. S., Banspach, S. W., Collins, J. L., et al. 2001. Safer Choices: Reducing Teen Pregnancy, HIV and STDs. *Public Health Reports*, 1(16), 82-93.
10. Coyle, K. K., Kirby, D. B., Robin, L. E., Banspach, S. W., Baumler, E., et Glassman, J. R. 2006. All4You! A randomized trial of an HIV, other STDs and pregnancy prevention intervention for alternative school students. *AIDS Education and Prevention*, 18 (3), 187-203.
11. Denny, G., et Young, M. 2006. An evaluation of an abstinence-only sex education curriculum: An 18-month follow-up. *Journal of School Health*, 76 (8), 414-422.
12. DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K. F., Lang, D. L., Davies, S. L., Hook, E. W., III, et al. 2004. Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292 (2), 171-179.
13. Eisen, M., Zellman, G. L., et McAlister, A. L. 1990. Evaluating the impact of a theory-based sexuality and contraceptive education program. *Family Planning Perspectives*, 22 (6), 261-271.
14. Ekstrand, M. L., Siegel, D. S., Nido, V., Faigles, B., Cummings, G. A., Battle, R., et al. 1996. Peer-led AIDS prevention delays onset of sexual activity and changes peer norms among urban junior high school students. *XI^e Conférence internationale sur le SIDA*. Vancouver, Canada.
15. Fisher, J., Fisher, W., Bryan, A., et Misovich, S. 2002. Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21 (2), 177-186.
16. Gillmore, M. R., Morrison, D. M., Richey, C. A., Balassone, M. L., Gutierrez, L., et Farris, M. 1997. Effects of a skill-based intervention to encourage condom use among high-risk heterosexually active adolescents. *AIDS Prevention and Education*, 9 (Suppl A), 22-43.
17. Gottsegen, E., et Philliber, W. W. 2001. Impact of a sexual responsibility program on young males. *Adolescence*, 36 (143), 427-433.
18. Howard, M., et McCabe, J. 1990. Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family Planning Perspectives*, 22 (1), 21-26.
19. Hubbard, B. M., Giese, M. L., et Rainey, J. 1998. A Replication study of Reducing the Risk, a Theory-Based Sexuality Curriculum for Adolescents. *Journal of School Health*, 68 (6), 243-247.
20. Jemmott, J., III. 2005. Effectiveness of an HIV/STD risk-reduction intervention implemented by nongovernmental organizations: A randomized controlled trial among adolescents. *Conférence annuelle de l'Association américaine de psychologie*. Washington, DC.
21. Jemmott, J., III, Jemmott, L., et Fong, G. 1992. Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health*, 82 (3), 372-377.
22. Jemmott, J., III, Jemmott, L., et Fong, G. 1998. Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African-American adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 279 (19), 1529-1536.
23. Jemmott, J., III, Jemmott, L., Fong, G., et McCaffree, K. 1999. Reducing HIV risk-associated sexual behavior among African American adolescents: Testing the generality of intervention effects. *American Journal of Community Psychology*, 27 (2), 161-187.
24. Jemmott, J. B., III. 2006. Efficacy of an abstinence-only intervention over 24-months: A randomized controlled trial with young adolescents, *XVI^e Conférence internationale sur le SIDA*. Toronto, Canada.
25. Kirby, D., Barth, R., Leland, N., et Fetro, J. 1991. Reducing the Risk: Impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*, 23 (6), 253-263.

26. Kirby, D., Baumler, E., Coyle, K., Basen-Enquist, K., Parcel, G., Harrist, R., *et al.* 2004. The «Safer Choices» intervention: Its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. *Journal of Adolescent Health, 35* (6), 442-452.
27. Kirby, D., Korpi, M., Adivi, C., *et Weissman, J.* 1997. An impact evaluation of Project SNAPP: An AIDS and pregnancy prevention middle school program. *AIDS Education and Prevention, 9* (Suppl A), 44-61.
28. Kirby, D., Korpi, M., Barth, R. P., *et Cagampang, H. H.* 1997. The impact of the Postponing Sexual Involvement curriculum among youths in California. *Family Planning Perspectives, 29* (3), 100-108.
29. Koniak-Griffin, D., Lesser, J., Nyamathi, A., Uman, G., Stein, J., *et Cumberland, W.* 2003. Project CHARM: An HIV prevention program for adolescent mothers. *Family & Community Health, 26* (2), 94-107.
30. LaChausse, R. 2006. Evaluation of the Positive Prevention HIV/STD Curriculum for Students Grades 9-12. *American Journal of Health Education, 37*(4), 203-209.
31. Levy, S. R., Perhats, C., Weeks, K., Handler, A., Zhu, C., *et Flay, B. R.* 1995. Impact of a school-based AIDS prevention program on risk and protective behavior for newly sexually active students. *Journal of School Health, 65*(4), 145-151.
32. Lieberman, L. D., Gray, H., Wier, M., Fiorentino, R., *et Maloney, P.* 2000. Long-term outcomes of an abstinence-based, small-group pregnancy prevention program in New York City schools. *Family Planning Perspectives, 32*(5), 237-245.
33. Little, C. B., *et Rankin, A.* (Non publié). An evaluation of the Postponing Sexual Involvement curriculum among upstate New York eighth graders. Cortland: State University of New York.
34. Magura, S., Kang, S., *et Shapiro, J. L.* 1994. Outcomes of intensive AIDS education for male adolescent drug users in jail. *Journal of Adolescent Health, 15*(6), 457-463.
35. Main, D. S., Iverson, D. C., McGloin, J., Banspach, S. W., Collins, J., Rugg, D., *et al.* 1994. Preventing HIV infection among adolescents: Evaluation of a school-based education program. *Preventive Medicine, 23*(4), 409-417.
36. Middlestadt, S. E., Kaiser, J., Santelli, J. S., Hirsch, L., Simkin, L., Radosh, A., *et al.* (Non publié). Impact of an HIV/STD prevention intervention on urban middle school students. Washington, D.C. : Academy for Educational Development.
37. Morrison, D. M., Hoppe, M. J., Wells, E. A., Beadnell, B. A., Wilsdon, A., Higa, D., *et al.* 2007. Replicating a teen HIV/STD preventive intervention in a multi-cultural city. *AIDS Education and Prevention, 19*(3), 258-273.
38. Nicholson, H. J., *et Postrado, L. T.* 1991. *Truth, trust and technology: New research on preventing adolescent pregnancy.* New York: Girls Incorporated.
39. Rotheram-Borus, M., Gwadz, M., Fernandez, M., *et Srinivasan, S.* 1998. Timing of HIV interventions on reductions in sexual risk among adolescents. *American Journal of Community Psychology, 26*(1), 73-96.
40. Rotheram-Borus, M., Song, J., Gwadz, M., Lee, M., Van Rossem, R., *et Koopman, C.* 2003. Reductions in HIV risk among runaway youth. *Prevention Science, 4*(3), 173-187.
41. Rue, L. A., *et Weed, S. E.* 2005. Primary prevention of adolescent sexual risk taking: A school-based model, *Abstinence Education Evaluation Conference: Strengthening Programmes through Scientific Evaluation.* Baltimore, MD: Springer Publishing Company.
42. Siegel, D., Aten, M., *et Enaharo, M.* 2001. Long-term effects of a middle school- and high school-based human immunodeficiency virus sexual risk prevention intervention. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 155*(10), 1117-1126.
43. Siegel, D., DiClemente, R., Durbin, M., Krasnovsky, F., *et Saliba, P.* 1995. Change in junior high school students' AIDS-related knowledge, misconceptions, attitudes, and HIV-prevention behaviors: Effects of a school-based intervention. *AIDS Education and Prevention, 7*(6), 534-543.
44. Slonim-Nevo, V., Auslander, W. F., Ozawa, M. N., *et Jung, K. G.* 1996. The long-term impact of AIDS-preventive interventions for delinquent and abused adolescents. *Adolescence, 31*(122), 409-421.

45. Smith, P., Weinman, M., et Parrilli, J. 1997. The role of condom motivation education in the reduction of new and reinfection rates of sexually transmitted diseases among inner-city female adolescents. *Patient Education and Counseling*, 31, 77-81.
46. St. Lawrence, J., Crosby, R., Belcher, L., Yazdani, N., et Brasfield, T. 1999. Sexual risk reduction and anger management interventions for incarcerated male adolescents: A randomized controlled trial of two interventions. *Journal of Sex Education and Therapy*, 24, 9-17.
47. St. Lawrence, J., Crosby, R., Brasfield, T., et O'Bannon, R., III. 2002. Reducing STD and HIV risk behaviour of substance-dependent adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1010-1021.
48. St. Lawrence, J. S., Jefferson, K. W., Alleyne, E., Brasfield, T. L., O'Bannon, R. E., III, et Shirley, A. 1995. Cognitive-behavioral intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 221-237.
49. Stanton, B., Guo, J., Cottrell, L., Galbraith, J., Li, X., Gibson, C., et al. 2005. The complex business of adapting effective interventions to new populations, An urban to rural transfer. *Journal of Adolescent Health*, 37(163.e), 17-26.
50. Stanton, B., Li, X., Ricardo, I., Galbraith, J., Feigelman, S., et Kaljee, L. 1996a. A randomized, controlled effectiveness trial of an AIDS prevention program for low-income African-American youths. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150, 363-372.
51. Trenholm, C., Devaney, B., Fortson, K., Quay, L., Wheeler, J., et Clark, M. 2007. *Impacts of four Title V, Section 510 abstinence education programs*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
52. Villarruel, A., Jemmott, J., III, et Jemmott, L. 2006. A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 772-777.
53. Walter, H. J., et Vaughan, R. D. 1993. AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students. *Journal of the American Medical Association*, 270(6), 725-730.
54. Wang, L. Y., Davis, M., Robin, L., Collins, J., Coyle, K., et Baumler, E. 2000. Economic evaluation of Safer Choices: A school-based human immunodeficiency virus, other sexually transmitted diseases, and pregnancy prevention program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(10), 1017-1024.
55. Weed, S. E., Ericksen, I. H., et Birch, P. J. 2005. *An evaluation of the Heritage Keepers abstinence education program*. Salt Lake City, UT: Institute for Research and Evaluation.
56. Weed, S. E., Olsen, J. A., DeGaston, J., et Prigmore, J. 1992. *Predicting and changing teen sexual activity rates: A comparison of three Title XX programs*. Washington, D.C. : Office of Adolescent Pregnancy Programmes.
57. Zimmerman, R., Cupp, P., Hansen, G., Donohew, R., Roberto, A., Abner, E., et al. (à paraître). The effects of a school-based HIV and pregnancy prevention program in rural Kentucky. *Journal of School Health*.
58. Zimmerman, R., Donohew, L., Sionéan, C., Cupp, P., Feist-Price, S., et Helme, D. 2008. Effects of a school-based, theory driven HIV and pregnancy prevention curriculum. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 40(1): 42-51

Références bibliographiques relatives aux études visant à mesurer l'incidence de certains programmes sur le comportement sexuel dans des pays développés autres que les États-Unis

1. Caron, F., Godin, G., Otis, J., et Lambert, L. 2004. Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Education Research*, 19(2), 185-197.
2. Diez, E., Juárez, O., Nebot, M., Cerda, N., et Villalbi, J. 2000. Effects on attitudes, knowledge, intentions and behaviour of an AIDS prevention programme targeting secondary school adolescents. *Promotion & Education*, 7(3), 17-22.

3. Goldberg, E., Millson, P., Rivers, S., Manning, S. J., Leslie, K., Read, S., *et al.* 2009. A human immunodeficiency virus risk reduction intervention for incarcerated youth: A randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 44, 136-145.
4. Henderson, M., Wight, D., Raab, G., Abraham, C., Parkes, A., Scott, S., *et al.* 2007. Impact of a theoretically based sex education programme (SHARE) delivered by teachers on NHS registered conceptions and terminations: Final results of cluster randomised trial. *British Medical Journal*, 334(7585), 133.
5. Kvale, I., Sundet, J., Rivø, K., Eilersten, D., et Bakkevig, L. 1996. The effect of sex education on adolescents' use of condoms: Applying the Solomon four-group design. *Health Education Quarterly*, 23(1), 34-47.
6. Mellanby, A., Phelps, F., Crichton, N., et Tripp, J. 1995. School sex education: An experimental programme with educational and medical benefit. *British Medical Journal*, 311, 414-417.
7. Mitchell-DiCenso, A., Thomas, B. H., Devlin, M. C., Goldsmith, C. H., Willan, A., Singer, J., *et al.* 1997. Evaluation of an educational program to prevent adolescent pregnancy. *Health Education & Behavior*, 24(3), 300-312.
8. Schaalma, H., Kok, G., Bosker, R., Parcel, G., Peters, L., Poelman, J., *et al.* 1996. Planned development and evaluation of AIDS/STD education for secondary school students in the Netherlands: Short-term effects. *Health Education Quarterly*, 23(4), 469-487.
9. Smith, E. A., Palen, L.-A., Caldwell, L. L., Flisher, A. J., Graham, J. W., Mathews, C., *et al.* 2008. Substance use and sexual risk prevention in Cape Town, South Africa: An evaluation of the HealthWise program. *Prevention Science*, 9(4), 311-321.
10. Stephenson, J. M., Strange, V., Forrest, S., Oakley, A., Copas, A., Allen, E., *et al.* 2004. Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): cluster-randomised intervention trial. *Lancet* 364(9431), 338-346.
11. Tucker, J., Fitzmaurice, A. E., Imamura, M., Penfold, S., Penney, G. C., Teijlingen, E. V., *et al.* 2007. The effect of the national demonstration project Healthy Respect on teenage sexual health behaviour. *European Journal of Public Health*, 17(1), 33-41.
12. Wight, D., Raab, G., Henderson, M., Abraham, C., Buston, K., Hart, G., *et al.* 2002. Limits of teacher delivered sex education: Interim behavioural outcomes from randomised trial. *British Medical Journal*, 324, 1430-1433.

Références bibliographiques générales

Aaro, L. *et al.*, Promoting sexual and reproductive health in early adolescence in South Africa and Tanzania: Development of a theory- and evidence-based intervention programme, *Scandinavian Journal of Public Health* Volume 34 numéro 2 (avril 2006), 150-158.

Alliance pour la jeunesse africaine. *Improving Health, Improving Lives: The End of Programme Report of the African Youth Alliance*, New York, NY: Alliance pour la jeunesse africaine, 2007.

Ajuwon, A. J., *Benefits of Sexuality Education for Young People in Nigeria*, Lagos, Nigeria, Centre régional africain de ressources sur la sexualité, 2005.

Akoulouze, R., Rugalema, G., Khanye, V. 2001. *VIH/SIDA et éducation en Afrique subsaharienne : inventaire des approches prometteuses – ce qui marche, pourquoi et comment : Une synthèse d'études de cas*. Paris : Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA).

Alford, S. 2008. *Science and Success, Second Edition: Sex Education and Other Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV and Sexually Transmitted Infections*. Washington D.C. : Advocates for Youth.

Bakilana, A. *et al.* 2005. *Accelerating the Education Sector Response to HIV/AIDS in Africa: A Review of World Bank Assistance*, Washington, D.C. : Programme global de lutte contre le VIH/Sida de la Banque mondiale.

Balaji, A. 2008. HIV Prevention Education and HIV-Related Policies in Secondary Schools—Selected Sites, United States, 2006, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 57 (30) (1^{er} août), 822-825.

Biddlecom, A. E., Hessburg, L., Singh, S., Bankole, A., Darabi, L. 2007. *Protéger la prochaine génération en Afrique subsaharienne : Apprendre des adolescents*

- pour prévenir le VIH/SIDA et les grossesses non désirées, New York : Institut Guttmacher.
- Biddlecom, A., Gregory, R., Lloyd, C. B., Mensch, B. S. 2008. Associations Between Premarital Sex and Leaving School in Four Sub-Saharan African Countries. *Studies in Family Planning*, Volume 39(4), 337-350.
- Biddlecom, Ann E. et al. 2007. *Protéger la prochaine génération en Afrique subsaharienne: Apprendre des adolescents pour prévenir le VIH/SIDA et les grossesses non désirées*. New York, NY : Institut Guttmacher.
- Birdthistle, I., Vince-Whitman, C. 1998. *Programmes de santé reproductive pour les jeunes adultes : Programmes réalisés en milieu scolaire*. FOCUS on Young Adults Research Series. Washington D.C. : Pathfinder International.
- Birungi, H., Mugisha, J. F., Nyombi, J. K. 2007. La sexualité des jeunes infectés de façon périnatale par le VIH : Un élément négligé des programmes pour le VIH/SIDA en Ouganda. *Échange sur le VIH/SIDA, la sexualité et le genre*, n° 3.
- Bogaarts, Y. 2006. *Comprehensive Sexuality Education and Life Skills Training*, Utrecht : Fondation mondiale pour la population.
- Boler, T. et al. 2003. *The Sound of Silence: Difficulties in Communicating on HIV/AIDS in Schools: Experiences from India and Kenya*, Londres : ActionAid.
- Boler, T., Aggleton, P. 2004. *Life Skills-Based Education for HIV Prevention: A Critical Analysis*. Londres : UK Working Group on Education and HIV/AIDS.
- Boler, T., Archer, D. 2008. *The Politics of Prevention: A Global Crisis in AIDS and Education*. Londres : Pluto Press.
- Boler, T., Jellema, A. 2005. *Inertie mortelle : une étude multipays sur les réponses éducatives au VIH/SIDA (en anglais)*. Bruxelles, Campagne mondiale pour l'éducation.
- Braeken, D., Rademakers, J., Reinders, J. 2002. *Welcome to the Netherlands: A Journey Through the Dutch Approach to Young People and Sexual Health*. Utrecht, Pays-Bas : Youth Incentives.
- Brock, S., Columbia, R. 2007. *A Framework for Integrating Reproductive Health and Family Planning into Youth Development Programs*, Baltimore, MD: International Youth Foundation.
- Brock, S., Columbia, R. 2007. *Family Planning, HIV/AIDS and STIs, and Gender Matrix: A Tool for Youth Reproductive Health Programming*, Baltimore, MD: International Youth Foundation.
- Caucus for Evidence-Based Prevention. 2008. *Caucus for Evidence-Based Prevention Newsletter*. Numéro 11.
- CEDPA. 2001. *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment*. Washington D.C. : CEDPA.
- CEDPA. 2006. *Empowering Adolescents in India: The Better Life Options Program*. Washington, D.C. : CEDPA.
- CEDPA. 2008. *Building Healthy Futures for Nigeria's Youth: CEDPA's Better Life Options Program*. Washington DC: CEDPA.
- CEDPA. 2008. *Reaching Out to Young Girls in Southern Africa: Towards a Better Future*. Washington D.C. : CEDPA.
- Centre pour les droits reproductifs. 2008. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. New York : Centre pour les droits reproductifs.
- Cohen, J., Tate, T. 2005. The Less They Know, the Better: Abstinence-Only HIV/AIDS Programs in Uganda. *Human Rights Watch*, 17(4).
- Constantine, N. A. 2008. Converging Evidence Leaves Policy Behind: Sex Education in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 324-326.
- Creech, H. 2005. *The Terminology of Knowledge for Sustainable Development: Information, Knowledge, Collaboration and Communications*. Winnipeg: Institut international du développement durable.
- Dixon-Mueller, R. 2008. How Young is « Too Young »? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions. *Studies in Family Planning*, 39(4), 247-262.
- Eggleston, E. et al. 2000. Evaluation of a Sexuality Education Program for Young Adolescents in Jamaica. *Pan American Journal of Public Health*, 7.2: 102-112.

- FHI. 2000. *L'éducation sexuelle arme les jeunes adultes*. Washington D.C. : Family Health International.
- FHI. 2002. *Behaviour Change: A Summary of Four Major Theories*. Washington D.C. : Family Health International/AIDSCAP.
- FHI. 2003. *HIV Prevention for Young People in Developing Countries: Report of a Technical Meeting*. Washington D.C. : Family Health International.
- FHI. 2004. *Behaviour Change Communication (BCC) for HIV/AIDS: A Strategic Framework*. Washington D.C. : Family Health International.
- FHI. 2006. *YouthNet End of Program Report: Taking Action: Recommendations and Resources*, Arlington, VA : Family Health International.
- FHI. 2007. *Participation communautaire en santé de la reproduction et prévention du VIH chez les jeunes*. Washington DC: Family Health International.
- FHI. 2007. *Aider les parents à améliorer la santé des adolescents*. Washington D.C. : Family Health International.
- FHI. 2007. *Intégration des services de santé de la reproduction et de prévention du VIH pour les jeunes*, Washington D.C. : Family Health International.
- FHI. 2007. *Amplification des programmes de santé de la reproduction et de prévention du VIH pour les jeunes*. Washington D.C. : Family Health International.
- FHI. 2007. *Programmes d'éducation en santé de la reproduction et en VIH basés dans les établissements scolaires — une intervention efficace*. *Optic'Jeune - Santé de la reproduction et VIH/SIDA* n° 20. Washington D.C. : Interagency Youth Working Group.
- FHI. 2007. *Youth Peer Education*, Durham, NC: Youth Lens and Family Health International, septembre 2007.
- Fisher, J., McTaggart, J. 2008. *Review of Sex and Relationship Education (SRE) in Schools*. Londres: Department for Children, Schools and Families External Steering Group.
- Gachuhi, D. 1999. *The Impact of HIV/AIDS on Education Systems in the Eastern and Southern Africa Region and the Response of Education Systems to HIV/AIDS: Life Skills Programmes*. New York : UNICEF.
- Global HIV Prevention Working Group. 2007. *Passage à grande échelle de la prévention du VIH : une priorité mondiale urgente (Résumé en français)*. Seattle : Global HIV Prevention Working Group.
- Global HIV Prevention Working Group. 2008. *Les changements de comportement et la prévention du VIH : Nouvelles considérations pour le XXI^e siècle (Résumé en français)*. Seattle: Global HIV Prevention Working Group.
- Gordon, P. 2007. *Review of Sex, Relationships and HIV Education in Schools*. Paris: UNESCO.
- Grunseit, A. et al. 1997. Sexuality Education and Young People's Sexual Behavior: a review of studies. *Journal of Adolescent Research*, 12(4), 421-453.
- Grunseit, A. 1997. *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update*. Genève: ONUSIDA.
- Harrison, A., Cleland, J., Frohlich, J. 2008. Young People's Sexual Partnerships in KwaZulu-Natal, South Africa: Patterns, Contextual Influences, and HIV Risk. *Studies in Family Planning*, 39(4), 295-308.
- Hillier, L., Mitchell, A. 2008. It Was As Useful as a Chocolate Kettle': Sex Education in the Lives of Same Sex Attracted Young People in Australia. *Sex Education*, 8(2), 211-224.
- Horton, Richard et Das, Pam, *Putting Prevention at the Forefront of HIV/AIDS*, *The Lancet* Vol. 372 n° 9637 (9 août 2008), 421-422.
- Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. 2008. *Rapport sur les catastrophes dans le monde 2008 - Le VIH et le SIDA*. Genève : Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.
- IPPF. 2002. *Spotlight on HIV/AIDS/STIs: Integration of HIV/STI Prevention into SRH Services*. New York: Fédération internationale pour le planning familial - Région de l'hémisphère Ouest.
- IPPF. 2004. *Sex and the Hemisphere: The Millennium Development Goals and Sexual and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean*. New York: Fédération internationale pour le planning familial - Région de l'hémisphère Ouest.

IPPF. 2008. *Effective Strategies in Sexual and Reproductive Health Programs for Young People*. New York: Fédération internationale pour le planning familial - Région de l'hémisphère Ouest.

IPPF. 2008. *Bulletin médical*, 42(1). Londres: Fédération internationale pour le planning familial.

IPPF. 2008. *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*. Londres : Fédération internationale pour le planning familial.

Irvin, A. 2004. *Positively Informed: Lesson Plans and Guidance for Sexuality Educators and Advocates*. New York : Coalition internationale pour la santé des femmes.

IWHC. 2007. *Santé et droits sexuels et reproductifs des jeunes adolescents : Afrique subsaharienne*. New York: Coalition internationale pour la santé des femmes.

James-Traore, T. 2001. *Developmentally Based Interventions and Strategies: Promoting Reproductive Health and Reducing Risk Among Adolescents*. Washington D.C. : Focus on Young Adults.

James-Traore, T., Finger, W., Daileader Ruland, C., Savariaud, S. 2004. *Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education: Focus on Sub-Saharan Africa*. Washington, D.C. : Family Health International.

Jewkes, R. et al. 2007. *Evaluation of Stepping Stones: A Gender Transformative HIV Prevention Intervention*. Le Cap : Medical Research Council of South Africa.

Juárez, F., LeGrand, T., Lloyd, C. B., Singh, S. 2008. Introduction to the Special Issue on Adolescent Sexual and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 39(4), 239-244.

Kirby, D., The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior, *Sexuality Research and Social Policy* Vol. 5, n° 3 (septembre 2008), 18-27.

Kirby, D., Obasi, A., Laris, B. 2006. *The Effectiveness of Sex Education and HIV Interventions in Schools in Developing Countries, Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*, Genève : Organisation mondiale de la santé.

Kirby, D., Roller, L. 2005. *Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries*. Washington D.C. : Family Health International.

Kirby, D., Roller, L., Wilson, M. M. 2007. *Tool to Assess the Characteristics of Effective Sex and STD/HIV Education Programs*. Washington D.C. : Healthy Teen Network.

Kohler, P., Manhart, L., Lefferty, W. 2008. Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 344-351.

Leerlooijer, J. 2006. *Evidence-based Planning and Support Tool for SRHS/HIV-Prevention Interventions for Young People*. Amsterdam: Stop AIDS Now! et Fondation mondiale pour la population.

Lewis, A.Y., Ragoonanan, S., Saint-Victor, R. 1984. *Teaching Human Sexuality in Caribbean Schools: A Teacher's Handbook*. New York: Fédération internationale pour le planning familial - Région de l'hémisphère Ouest.

Lloyd, C. B. 2007. *The Role of Schools in Promoting Sexual and Reproductive Health Among Adolescents in Developing Countries*. Document de travail n° 6 sur la pauvreté, la sexospécificité et les jeunes. New York: Population Council.

Macintyre, K. et al. 2000. *Assessment of Life Skills Programmes: A Study of Secondary Schools in Durban Metro and Mtunzini Magisterial District*. Durban: University of Natal, Tulane University et Population Council.

Makokha, M. 2008. *What MEMA kwa Vijana has to offer the education sector AIDS response in Tanzania: A Comparative Review*. Mwanza: National Institute of Medical Research et Liverpool School of Tropical Medicine.

Malambo, R. 2002. Teach Them While They Are Young, They Will Live to Remember: The Views of Teachers and Pupils on the Teaching of HIV/AIDS in Basic Education: A Case Study of Zambia's Lusaka and Southern Provinces. *Current Issues in Comparative Education*, 3(1), 39-51.

Meekers, D., Ghyasuddin, A. 1997. *Adolescent Sexuality in Southern Africa: Cultural Norms and Contemporary Behaviour*. Rapport présenté à

l'occasion du XXIII^e Congrès général de la population organisé par l'UIESP à Beijing, Chine, 11-17 octobre.

Munishi, G. 2006. *Challenges and opportunities for MkV2 integration into the National Level Policy Process: A National Level Policy Study*. Mwanza: National Institute of Medical Research et Liverpool School of Tropical Medicine.

Njue, C., Nzioka, C., Ahlberg, B., Pertet, A.M., Voeten, H. 2009. « If you don't Abstain, You will die of AIDS »: AIDS education in Kenyan Public Schools. *AIDS Education and Prevention*, 21 (2), 169-79.

Ofsted. 2002. *Sex and Relationships: A Report from the Office of Her Majesty's Chief Inspector of Schools*. Londres: Office for Standards in Education.

Oyeledun, B. et al. 1999. *Time for Action: Report of the National Conference on Adolescent Reproductive Health in Nigeria*. Abuja: Ministère fédéral de la santé du Nigéria.

Palitza, K. 2007. *Flunking Life: HIV Lessons Learnt But Not Lived in South Africa*. Lusaka: PANOS Afrique australe.

Parker, W. et al. 2007. *Concurrent Sexual Partnerships Amongst Young Adults in South Africa: Challenges for HIV Prevention Communication*. Johannesburg : Centre for AIDS Development, Research and Evaluation (CADRE).

PATH et Save the Children. 2003. *A Guide to Developing Materials on HIV/AIDS and STIs*. Seattle: PATH et Save the Children.

Paul-Ebhohimhen, V.A., Poobalan, A., van Teijlingen, E.R. 2008. Systematic Review of Effectiveness of School-based Sexual Health Interventions in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 8(4).

Paulussen, T.G.W. 1994. *Adoption and Implementation of AIDS Education in Dutch Secondary Schools*. Dissertation, Utrecht : Landelijk Centrum GVO.

Pettifor, A. E. et al. 2008. Keep them in school: the Importance of Education as a Protective Factor Against HIV Infection Among Young South African Women. *International Journal of Epidemiology*, 37(6), 1266-1273.

Pick, S. et al. 2007. Communication as a Protective Factor: Evaluation of a Life Skills HIV/AIDS Prevention Programme for Mexican Elementary-School Students. *AIDS Education and Prevention*, 19(5), 408-421.

Pillay, Y., Flisher, A. 2008. *Public Policy: A Tool to Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health, in Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa*. Stockholm: Nordiska Afrikainstitute ou Le Cap : HSRC Press.

Piot, P. et al. 2008. Coming to Terms with Complexity: A Call to Action for HIV Prevention. *The Lancet*, 372(9641), 845-859.

Population Council. 2004. *Transitions to Adulthood in the Context of AIDS in South Africa: The Impact of Exposure to Life Skills Education on Adolescent Knowledge, Skills, and Behaviour*. Horizons Final Report. Washington DC: Population Council.

Porter, K. A., Mutunga, P., Stewart, J. 2007. Life Skills, Sexual Maturation and Sanitation: What's (Not) Happening in Our School. *African Studies Review*, avril.

Ramonotsi, M. 2007. *Failing Grades: Thousands of Children Lack AIDS Education in Lesotho*. Lusaka: PANOS Afrique australe.

Reedy, P. et al. 2003. *Programming for HIV Prevention in South African Schools*. Horizons Research Summary. Washington D.C. : Population Council.

Reinders, J. 2007. *HIV/AIDS Prevention as Part of Comprehensive Sexuality Education: The Need to Address Sexuality in Schools and Integrate Vertical Programmes*. Utrecht : Fondation mondiale pour la population.

Reinders, J. 2007. *SRH&R Education for Young People Coping with Opposition: Lessons Learned from South Africa, Uganda, Kenya, Tanzania, Vietnam, Indonesia, Thailand and India*. Utrecht : Fondation mondiale pour la population.

Reinders, J., et al. 2002. *Systematic Development of a Curriculum on Sexual Health and AIDS Prevention for Vietnamese Re-education Schools*. Hanoi : Ministère de l'éducation du Viet Nam.

Reinders, J., et al. 2006. *Acknowledging Young People's Sexuality and Rights: Computer-Based Sexuality and Life Skills Education in Uganda, Kenya,*

Indonesia and Thailand. Utrecht : Fondation mondiale pour la population.

Renju, J., Bahati, A., Lemmy, M. 2008. *A Study Assessing the Integration of an Innovative Adolescent Sexual and Reproductive Health Programme into Existing Local Government Structures*. Mwanza: National Institute for Medical Research et Liverpool School of Tropical Medicine.

Renju, J., Haule, B. 2006. *Review of the National Multisectoral Strategic framework in District supported to implement the MEMA kwa Vijana intervention*. Mwanza: National Institute for Medical Research et Liverpool School of Tropical Medicine.

Rosen, J. E., Murray, N. J., Moreland, S. 2004. *Sexuality Education in Schools: The International Experience and Implications for Nigeria*. POLICY Working Paper Series No. 12. Washington, D.C.: Futures Group International.

Ross, D., Dick, B., Ferguson, J. 2006. La prévention du VIH/SIDA chez les jeunes : Les bases factuelles des interventions efficaces dans les pays en développement. Genève : OMS (résumé en français).

Santelli, J., Kantor, L. 2008. *Introduction to Special Issue: Human Rights, Cultural and Scientific Aspects of Abstinence-Only Policies and Programmes*. Sexuality Research and Social Policy, 5(3), 1-5.

Save the Children et Association suédoise pour l'éducation sexuelle. 2007. *Et si on en parlait ? Droits et sexualité des enfants dans le contexte du VIH/SIDA en Afrique*. Stockholm : Save the Children et Association suédoise pour l'éducation sexuelle.

Schaalma, H. 2004. When the Researchers Have Gone Home to Write their Articles: Diffusion and Implementation of School-Based HIV-Prevention Programmes in Tanzania. *East African Journal of Public Health*, 1(1), 23-31.

Schenker, I., Nyirenda, J. 2002. *Preventing HIV/AIDS in Schools*. Genève : Bureau international d'éducation de l'UNESCO.

Senderowitz, J. 2004. *Partnering With African Youth: Pathfinder International and The African Youth Alliance Experience*. Watertown: Pathfinder International et Alliance pour la jeunesse africaine.

Singh, S., Bankole, A., Woog, V. 2005. Evaluating the Need for Sex Education in Developing Countries: Sexual Behaviour, Knowledge of Preventing Sexually Transmitted Infections/HIV and Unplanned Pregnancy. *Sex Education*, 5(4), 307-331.

Smith, G., Kippax, S., Aggleton, P. 2000. *HIV and Sexual Health Education in Primary and Secondary Schools: Findings from Selected Asia-Pacific Countries*. Sydney : National Centre in HIV Social Research.

Smith, R. et al. 2007. *The Link Between Health, Social Issue, and Secondary Education: Life Skills, Health and Civic Education*. Document de travail de la Banque mondiale n° 100. Washington, D.C. : Banque mondiale.

Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC). 2005. *Framework for Coordinating the National HIV and AIDS Response in the SADC Region*. Gaborone : Unité VIH & SIDA de la SADC.

Stewart, H. 2001. *Reducing HIV Infection Among Youth: What Can Schools Do? New Baseline Findings from Mexico, Thailand, and South Africa*. New York : Population Council.

Streuli, N., Moleni, C. 2008. *Education and HIV and AIDS in Malawi: The Role of Open, Distance and Flexible Learning*. Série SOFIE Opening Up Access, n° 3. Londres : SOFIE.

Swart-Kruger, J., Richter, L. 1997. AIDS-related Knowledge, Attitudes and Behaviour Among South African Street Youth: Reflections on Power, Sexuality and the Autonomous Self. *Social Science and Medicine*, 45(6), 957-966.

Trang, D. T. K. et al. 2006. *Behaviour Change Communications Strategy to Improve Reproduction Health for Adolescents and Youth: Reproductive Health Initiative for Youth in Asia*. Hanoi: Viet Nam Central Youth Union.

Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (ETII) sur l'éducation, *Enquête mondiale sur l'état de préparation du secteur éducatif face au VIH et au SIDA, 2004: implications en termes de politiques pour l'éducation et le développement*, Paris : UNESCO, 2006.

ONU. 2001. *Prévention du VIH/SIDA auprès des jeunes. Session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/SIDA*. New York: Organisation des Nations Unies.

ONU. 2004. *Facing the Future Together: Swaziland*. New York: Groupe de travail du Secrétaire général sur les femmes, les filles et le VIH/SIDA en Afrique australe.

ONU. 2006. *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : cinq ans plus tard*. Rapport du Secrétaire général. New York : Organisation des Nations Unies.

ONU. 2008. *Securing Our Future*. New York: Commission des Nations Unies sur le VIH/SIDA et la gouvernance en Afrique.

Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (ETII) sur l'éducation. 2006. *Girls' Education and HIV Prevention*. Paris : UNESCO.

Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (ETII) sur l'éducation. 2006. *Pour une éducation de qualité face au VIH et au SIDA*. Paris : UNESCO.

Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (ETII) sur l'éducation. 2008. *Improving the Education Response to HIV and AIDS: Lessons of Partner Efforts in Coordination, Harmonisation, Alignment, Information Sharing and Monitoring in Jamaica, Kenya, Thailand and Zambia*. Paris : UNESCO.

Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (ETII) sur l'éducation. 2008. *Outils pour intégrer le VIH et le SIDA dans le secteur de l'éducation : principes directeurs à l'intention des organismes de coopération pour le développement*. Paris : UNESCO.

Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (ETII) sur l'éducation. 2009. *Une Approche stratégique: le VIH & SIDA et l'éducation*. Paris : UNESCO.

Équipe de travail inter-institutions (ETII) de l'ONUSIDA sur le VIH et les jeunes. 2008. Fiches d'information générale. HIV Interventions for Young People. FNUAP : New York.

Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (ETII) sur l'éducation. Groupe de travail pour accélérer les réponses du secteur de l'éducation au VIH et au SIDA. 2003. *The HIV/AIDS Response by the Education Sector: A Checklist*. Washington D.C. : Banque mondiale.

Groupe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA. 1997. *Intégration de la prévention de l'infection à VIH et des MST en milieu scolaire*. Genève : Groupe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA.

ONUSIDA. 1997. *Apprentissage et enseignement à l'école de la lutte contre le SIDA : Actualisation ONUSIDA*. Genève : ONUSIDA.

ONUSIDA. 2004. *At the Crossroads: Accelerating Youth Access to HIV/AIDS Interventions*. New York : Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA sur les jeunes.

ONUSIDA. 2005. *Intensification de la prévention du VIH : document d'orientation politique de l'ONUSIDA*. Genève: ONUSIDA.

ONUSIDA. 2008. *2008 Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève : ONUSIDA.

Bureau de l'UNESCO à Bangkok et Bureau régional pour l'éducation en Asie et dans le Pacifique et Bureau international d'éducation de l'UNESCO. 2007. *Sub-Regional Capacity-Building Seminar for HIV and AIDS Curriculum Development in Six Countries in the Asia Pacific Region: Scaling up HIV and AIDS Education in Schools*. Bangkok : UNESCO et Bureau international d'éducation de l'UNESCO.

Bureau international d'éducation de l'UNESCO (BIE). 2005. *Assessment of Curriculum Responses in 35 Countries for the EFA Global Monitoring Report 2005*. Genève : UNESCO/ BIE.

Bureau international d'éducation de l'UNESCO (BIE). 2005. *VIH et SIDA et qualité de l'éducation pour tous les jeunes*. Genève : UNESCO/BIE.

UNESCO. 2001. *Le VIH/SIDA et les droits de l'homme : les jeunes se mobilisent, kit à l'intention des organisations de jeunesse*. Paris : UNESCO et ONUSIDA.

UNESCO. 2007. *Supporting HIV-Positive Teachers in East and Southern Africa: Technical Consultation Report*, 30 novembre – 1^{er} décembre 2006, Nairobi, Kenya. Paris : UNESCO et Internationale de l'éducation – EPT/SIDA.

UNESCO. 2007. *Stratégie de l'UNESCO pour répondre au VIH et au SIDA*. Paris : UNESCO.

UNESCO. 2008. *EDUSIDA : cadre d'action*. Paris : UNESCO.

UNESCO. 2008. *EDUSIDA : aperçus de ressources pratiques*. Paris : UNESCO.

UNESCO. 2008. *Fiches techniques EDUSIDA*. Paris : UNESCO.

UNESCO. 2008. *School-Centered HIV and AIDS Care and Support in Southern Africa: Technical Consultation Report*, 22-24 mai 2008, Gaborone, Botswana. Paris : UNESCO.

FNUAP. 2003. *Education is Empowerment: Promoting Goals in Population, Reproductive Health and Gender*. New York : FNUAP.

FNUAP. 2006. *Ending Violence Against Women: Programming for Prevention, Protection and Care*. New York : FNUAP.

FNUAP. 2006. *UNFPA Support to Population and Sexuality Education in the Formal and Non-formal Education Systems: Review in Africa*. Etude non publiée. New York : FNUAP.

UNICEF. 2002. *Lessons Learned About Life Skills-Based Education for Preventing HIV/AIDS Related Risk and Related Discrimination*. New York : UNICEF.

UNICEF. 2007. *Accelerating Education's Response to HIV and AIDS: Contributing to a better future for children in Africa*. New York : UNICEF.

USAID Inter-Agency Working Group (IAWG) on the Role of Community Involvement in ASRH. 2007. *Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Conceptual Framework and Suggested Outcome Indicators*. Washington, D.C. : IAWG on the Role of Community Involvement in ASRH.

USAID. 2002. *Suggestions facilitant la mise au point des programmes d'études en compétences de développement personnel, telles qu'elles se rapportent à la lutte contre le VIH chez les jeunes africains : une synthèse des leçons qui commencent à se faire jour*. Document technique n° 115. Washington D.C. : USAID.

Visser-Valfrey, M. 2005. *Addressing HIV/AIDS in Education: A Survey of Field Staff of the Netherlands Ministry of Foreign Affairs*. Amsterdam : Ministère néerlandais des affaires étrangères.

World Association for Sexual Health (WAS). 2008. *Sexual Health for the Millennium: A Declaration and Technical Document*. Minneapolis: World Association for Sexual Health.

Banque mondiale. 2003. *Education and HIV/AIDS: A Sourcebook of HIV/AIDS Prevention Programmes*. Washington, D.C. : Banque mondiale.

Fondation mondiale pour la population. 2004. *AIDS, Sex & Reproduction: Integrating HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health into Policies, Programmes and Services*. Amsterdam: Share-net, Stop AIDS Now et Fondation mondiale pour la population.

Fondation mondiale pour la population. 2006. *Openness About Sexuality Important for People and Societies*, Rapport de la Conférence internationale sur le thème *What About Sex?* 6-7 mars. Amsterdam: Youth Incentives et Fondation mondiale pour la population.

Fondation mondiale pour la population. 2006. *Sexuality Education*. Utrecht : Fondation mondiale pour la population.

Fondation mondiale pour la population. 2008. *Evidence- and Rights-Based Planning and Support Tool for SRHR/HIV Preventions for Young People*. Amsterdam: Stop AIDS Now, Fondation mondiale pour la population et Université de Maastricht.

Yankah, E., Aggleton, P. 2008. Effects and Effectiveness of Life Skills Education for HIV Education in Young People. *AIDS Education and Prevention*, 20(6), 465-485.

Crédits photos :

Page de couverture

© 2000 Rick Maiman/David et Lucile Packard Foundation, avec l'autorisation de Photoshare

© 2009 ONUSIDA/O.O'Hanlon

© 2006 Basil A. Safi/CCP, avec l'autorisation de Photoshare

© 2006 ONUSIDA/G. Pirozzi.

p.1 © 2006 ONUSIDA/G. Pirozzi.

p.7 © 2004 Ian Oliver/SFL/Grassroot Soccer, avec l'autorisation de Photoshare

p.8 © 2008 Jacob Simkin, avec l'autorisation de Photoshare

p.14 © 2005 Aimee Centivany, avec l'autorisation de Photoshare

p.18 © 2006 Rose Reis, avec l'autorisation de Photoshare

p.21 © ONUSIDA/L. Taylor

p.27 © 2006 Scott Fenwick, avec l'autorisation de Photoshare

p.33 © 2007 Bangladesh Center for Communication Programs, avec l'autorisation de Photoshare

S'appuyant sur un examen rigoureux et actuel des données de programmes d'éducation sexuelle, ces *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle* s'adressent aux décideurs et professionnels des secteurs de l'éducation et de la santé. Ils sont destinés à aider les autorités en charge de ces deux secteurs et autres secteurs connexes à élaborer et mettre en œuvre des programmes et des matériels d'éducation sexuelle en milieu scolaire. Le *Volume I* met l'accent sur le bien-fondé d'une éducation sexuelle et fournit des conseils techniques avisés sur les caractéristiques des programmes efficaces. Il s'accompagne d'un document parallèle (*Volume II*) qui décrit les thèmes à aborder et les objectifs d'apprentissage à atteindre dans le cadre d'un 'cours de base minimum' d'éducation sexuelle destiné aux enfants et aux jeunes âgés de 5 à 18 ans et plus, et qui contient une bibliographie de ressources utiles. Ces Principes directeurs internationaux sont d'une grande utilité non seulement pour les pays les plus affectés par le VIH et le SIDA, mais aussi pour les pays qui connaissent une prévalence faible et un contexte d'épidémie concentrée.

Section du VIH et SIDA
Division de la coordination des priorités des Nations Unies en matière d'éducation
Secteur de l'éducation
UNESCO
7, place de Fontenoy
75352 Paris 07 SP, France
Site Web : www.unesco.org/aids
Courriel : aids@unesco.org



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

Volume II Thèmes et objectifs d'apprentissage

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



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNLD
UNFPA
ONUSDC
GIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

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**

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

Publié par l'UNESCO

© UNESCO 2010

Section du VIH et SIDA
Division de la coordination des priorités des Nations Unies en matière d'éducation
Secteur de l'éducation
UNESCO
7, place de Fontenoy
75352 Paris 07 SP, France
Site Web : www.unesco.org/aids
Courriel : aids@unesco.org

Composition et impression : UNESCO
ED-2009/WS/36 Rev.2 (CLD 4894.9)

Remerciements

L'élaboration de ces *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle* a été commanditée par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). Elle a été menée sous la direction de Mark Richmond, Coordinateur général de l'UNESCO pour le VIH et le SIDA, par Chris Castle, Ekua Yankah et Dhianaraj Chetty de la Section du VIH et SIDA, Division de la coordination des priorités des Nations Unies en matière d'éducation à l'UNESCO.

Nanette Ecker, anciennement directrice de la section International Education and Training du Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), et Douglas Kirby, scientifique éminent chez ETR (Education, Training, Research) Associates, ont contribué à la rédaction de ce document. Peter Gordon, consultant indépendant, a édité différentes versions.

L'UNESCO souhaite remercier la Fondation William et Flora Hewlett qui a accueilli la consultation technique mondiale organisée en vue de contribuer à l'élaboration des principes directeurs. Les organisateurs expriment également leur gratitude à toutes les personnes ayant participé à la consultation, qui s'est tenue les 18 et 19 février 2009 à Menlo Park, aux États-Unis (dans l'ordre alphabétique) :

Prateek Awasthi (FNUAP), Arvin Bhana (Conseil de recherches en sciences humaines, Afrique australe), Chris Castle (UNESCO), Dhianaraj Chetty (anciennement ActionAid), Esther Corona (Mexican Association for Sex Education et World Association for Sexual Health), Mary Guinn Delaney (UNESCO), Nanette Ecker (SIECUS), Nike Esiet (Action Health, Inc., AHI), Peter Gordon (consultant indépendant), Christopher Graham (Ministère de l'éducation, Jamaïque), Nicole Haberland (Population Council/États-Unis), Sam Kalibala (Population Council/Kenya), Douglas Kirby (ETR Associates), Wenli Liu (Beijing Normal University), Elliot Marseille (Health Strategies International), Helen Omondi Mondoh (Université d'Egerton), Prabha Nagaraja (Talking about Reproductive and Sexual Health Issues, TARSHI), Hans Olsson (Association suédoise pour l'éducation sexuelle), Grace Osakue (Girls' Power Initiative, GPI, Nigéria), Jo Reinders (Fondation mondiale pour la population, WPF), Sara Seims (Fondation William and Flora Hewlett) et Ekua Yankah (UNESCO).

Ont également été fort appréciés les contributions et commentaires écrits qui nous été transmis de la part de (dans l'ordre alphabétique) :

Peter Aggleton (Institute of Education, University of London), Vicky Anning (consultant indépendant), Andrew Ball (Organisation mondiale de la santé, OMS), Prateek Awasthi (FNUAP), Tanya Baker (Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights), Michael Bartos (ONUSIDA), Tania Boler (Marie Stopes International et anciennement UNESCO), Jeffrey Buchanan (anciennement UNESCO), Chris Castle (UNESCO), Katie Chau (Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights), Judith Cornell (UNESCO), Anton De Grauwe (Institut international de l'UNESCO pour la planification de l'éducation, IPE), Jan De Lind Van Wijngaarden (UNESCO), Marta Encinas-Martin (UNESCO), Jane Ferguson (OMS), Claudia Garcia-Moreno (OMS), Dakmara Georgescu (Bureau international d'éducation de l'UNESCO, BIE) Cynthia Guttman (UNESCO), Anna Maria Hoffmann (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, UNICEF), Roger Ingham (University of Southampton), Sarah Karmin (UNICEF), Eszter Kismodi (OMS), Els Klinkert (ONUSIDA), Jimmy Kolker (UNICEF), Steve Kraus (FNUAP), Malika Ladjali (Université d'Alger), Changu Mannathoko (UNICEF), Rafael Mazin (Organisation panaméricaine de la santé, OPS), Maria Eugenia Miranda (Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights), Jean O'Sullivan (UNESCO), Mary Otieno (FNUAP), Jenny Renju (Liverpool School of Tropical Medicine & National Institute for Medical Research), Mark Richmond (UNESCO), Pierre Robert (UNICEF), Justine Sass (UNESCO), Iqbal H. Shah (OMS), Shyam Thapa (OMS), Barbara Tournier (UNESCO/IIPE), Friedl Van den Bossche (anciennement UNESCO), Diane Widdus (UNICEF), Arne Willems (UNESCO), Ekua Yankah (UNESCO) et Barbara de Zalduondo (ONUSIDA).

L'UNESCO est reconnaissante à Masimba Biriwasha (UNESCO), Sandrine Bonnet (UNESCO/BIE), Claire Cazeneuve (UNESCO/BIE), Claire Greslé-Favier (OMS), Magali Moreira (UNESCO/BIE), et Lynne Sergeant (UNESCO/IIPE), pour leurs contributions à la bibliographie de ressources. Enfin, des remerciements vont à Vicky Anning pour l'édition du texte, à Aurélia Mazoyer et Myriam Bouarour pour la réalisation de la maquette et de la mise en page, et à Schéhérazade Feddal pour son travail de liaison et d'appui à la production.

Acronymes

BIE	Bureau international d'éducation de l'UNESCO
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CRC	Convention relative aux droits de l'enfant
EPT	Education pour tous
ETII	Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (ETII) sur l'éducation
ETR	Education, Training and Research
FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FWCW	Quatrième Conférence mondiale sur les femmes
HPV	Virus du papillome humain
IIEP	Institut international de l'UNESCO pour la planification de l'éducation
IPPF	Fédération internationale pour le planning familial
IST	Infection sexuellement transmissible
MGF/E	Mutilations génitales féminines
MST	Maladie sexuellement transmissible
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PFA	Programme d'action (FWCW)
POA	Programme d'action (CIPD)
PPE	Prophylaxie post-exposition
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIECUS	Sexuality Information and Education Council of the United States
SRE	Sex and relationships education
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSRD	Santé sexuelle et reproductive et droits connexes
TARV	Traitement antirétroviral
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Remerciements	iii
Acronymes	iv
Thèmes et objectifs d'apprentissage	1
1. Introduction	2
2. Classes d'âge	4
3. Composantes d'apprentissage	5
4. Programmes séparés ou intégrés	5
5. Structure	6
6. Vue d'ensemble des concepts clés et des thèmes	7
7. Tableaux des objectifs d'apprentissage	8
Références bibliographiques	34
Annexes	37
I. Conventions et accords internationaux relatifs à l'éducation sexuelle	38
II. Plan d'entretien et méthodologie	43
III. Données détaillées concernant les personnes contactées et les informateurs principaux	45
IV. Liste des participants à la consultation technique mondiale de l'UNESCO sur l'éducation sexuelle	46
V. Bibliographie de ressources	48



Thèmes et objectifs d'apprentissage

1. Introduction

Qu'entend-on par éducation sexuelle et pourquoi est-elle importante ?

Peu de jeunes sont suffisamment préparés pour gérer leur vie sexuelle. Les jeunes sont donc potentiellement vulnérables à la contrainte, aux abus et à l'exploitation, à des grossesses non désirées et à des infections sexuellement transmissibles (IST), notamment l'infection à VIH. Nombreux sont ceux qui, entrant dans l'âge adulte, ont entendu des messages contradictoires et déroutants sur la sexualité et le genre. Ce sentiment est bien souvent exacerbé par la gêne, le silence et la désapprobation qu'ils rencontrent pour aborder ouvertement des questions liées à la sexualité avec des adultes, notamment des parents et des enseignants, à un âge où ils en ont précisément le plus besoin. Dans maintes régions du monde, les jeunes deviennent sexuellement actifs et mûrs plus tôt. Par ailleurs, ils se marient plus tard, avec pour résultat un allongement de la période comprise entre la maturité sexuelle et le mariage.

Les pays soulignent de plus en plus souvent l'importance de doter les jeunes de connaissances et de compétences leur permettant de faire des choix responsables dans leur vie, en particulier dans un monde où ils sont davantage exposés à des matériels sexuellement explicites sur l'Internet et dans d'autres médias. Il est urgent de combler les lacunes de connaissances sur le VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans, alors que, dans cette tranche d'âge, 60 % des jeunes sont incapables d'identifier correctement les modes de prévention de la transmission du VIH (ONUSIDA, 2008). Un nombre croissant de pays ont mis en œuvre ou intensifient des programmes d'éducation sexuelle¹, parmi lesquels la Chine, le Kenya, le Liban, le Nigéria et le Viet Nam, et cette évolution a été confirmée par les ministres de l'éducation et de la santé des pays d'Amérique latine et des Caraïbes réunis en juillet 2008 pour une rencontre au sommet. Ces efforts sont la reconnaissance manifeste que tous les jeunes ont besoin d'une éducation sexuelle et que certains d'entre eux vivent avec le VIH ou sont plus vulnérables que d'autres à l'infection à VIH, en particulier les adolescentes mariées dans leur enfance, les jeunes déjà sexuellement actifs et les jeunes ayant un handicap.

Une éducation sexuelle efficace est le moyen de fournir aux jeunes des informations scientifiquement précises, culturellement pertinentes et adaptées à leur âge. Elle leur offre des possibilités structurées d'explorer les attitudes et valeurs qui sont les leurs, et de mettre en pratique les compétences en matière de prise de décisions et autres compétences nécessaires à la vie courante dont ils auront besoin pour être en mesure de faire leur choix, en connaissance de cause, concernant leur vie sexuelle.

Une éducation sexuelle efficace est une composante essentielle de la prévention du VIH. Elle est également capitale pour pouvoir atteindre les objectifs de l'accès universel à la santé reproductive et à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH (ONUSIDA, 2006). S'il est irréaliste d'attendre d'un programme éducatif qu'il puisse, à lui seul, éliminer le risque d'infection à VIH et d'autres IST, de grossesses non désirées, d'activité et d'exploitation sexuelles imposées ou abusives, des programmes conçus et mis en œuvre de façon judicieuse sont capables de réduire pour partie ces risques et les situations de vulnérabilité qui les sous-tendent.

Une éducation sexuelle efficace est importante en raison de l'incidence des valeurs culturelles et des convictions religieuses sur tous les individus et, plus spécialement, sur les jeunes, quant à leur compréhension de cette question et à la gestion de leurs relations avec leurs parents, leurs enseignants, d'autres adultes et la communauté dont ils font partie.

Le cadre scolaire donne la possibilité de prodiguer une éducation sexuelle à un grand nombre de jeunes avant qu'ils ne soient sexuellement actifs, tout en offrant une structure appropriée (c'est-à-dire le programme scolaire formel) pour ce faire.

¹ Par éducation sexuelle, on entend une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information scientifiquement précise, réaliste et s'abstenant de jugements de valeur. L'éducation sexuelle offre la possibilité d'explorer ses propres valeurs et attitudes, et de développer des compétences en matière de prise de décisions, de communication et de réduction des risques, concernant de nombreux aspects de la sexualité. L'examen des données présenté dans le chapitre 4 du Volume I s'appuie sur cette définition qui reflète le critère retenu pour la sélection des études intégrées dans cet examen.

Cours de base minimum d'éducation sexuelle

Les *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle* se composent de deux volumes. Le *Volume I* met l'accent sur le bien-fondé d'une éducation sexuelle et fournit des conseils techniques avisés sur les caractéristiques des programmes efficaces. Ce second volume (*Volume II*) est un document parallèle qui décrit les thèmes à aborder et les objectifs d'apprentissage à atteindre dans le cadre d'un « cours de base minimum » d'éducation sexuelle destinée aux enfants et aux jeunes âgés de 5 à 18 ans et plus, et qui contient une bibliographie de ressources utiles. Il entend fournir des conseils pratiques pour la conception de programmes scolaires adaptés au contexte local.

Pour l'élaboration des *thèmes et objectifs d'apprentissage*, un examen des programmes scolaires existants dans 12 pays², ainsi que des principes directeurs et des normes, identifiés par des informateurs principaux, a été spécialement réalisé, et complété par des recherches dans des bases de données, sur des sites Internet et dans des listes de diffusion électroniques connexes³ (voir *Références bibliographiques*). L'élaboration des *Principes directeurs* s'est poursuivie sur la base d'entretiens d'informateurs principaux avec des experts de premier plan (voir liste, Annexe III) et des travaux d'une réunion de consultation technique mondiale qui a réuni, en février 2009, des experts de 13 pays (voir liste, Annexe IV). Des collègues de l'ONUSIDA, de l'UNESCO, du FNUAP, de l'UNICEF et de l'OMS ont également apporté leur contribution. Ainsi, bien que nullement exhaustifs, quelques-uns de ces thèmes et objectifs d'apprentissage sont solidement étayés par des données probantes et tous s'appuient sur l'expérience pratique.

En outre, les thèmes, qui sont couverts dans les programmes ainsi évalués et reconnus efficaces pour changer des comportements et qui sont examinés dans le document parallèle (*Volume I*) consacré au *bien-fondé de l'éducation sexuelle* (<http://www.unesco.org/aids>), ont servi de base à quelques-uns des objectifs d'apprentissage. D'autres programmes mentionnés dans le document relatif au *bien-fondé de l'éducation sexuelle* ont porté sur une partie, mais non la totalité, des objectifs d'apprentissage décrits dans le présent volume.

Des versions ultérieures des *Principes directeurs internationaux* seront élaborées et intégreront les commentaires que transmettront leurs utilisateurs dans le monde entier, de façon qu'elles soient actualisées à la lumière des meilleures données factuelles disponibles.

Ces thèmes et objectifs d'apprentissage visent à :

- fournir une information précise sur des thèmes qui suscitent la curiosité des enfants et des jeunes et qu'ils ont besoin de connaître ;
- donner aux enfants et aux jeunes la possibilité d'explorer des valeurs, attitudes et normes concernant les relations sexuelles et sociales ;
- promouvoir l'acquisition de compétences ; et
- encourager les enfants et les jeunes à assumer la responsabilité de leur propre comportement et à respecter les droits d'autrui.

Présentés sous forme d'un ensemble complet de cours, tous les objectifs d'apprentissage tiennent compte du besoin des enfants et des jeunes d'être informés et de leur droit à l'éducation. Toutefois, une partie seulement de ces objectifs d'apprentissage est spécifiquement destinée à réduire les comportements sexuels à risque, tandis que d'autres visent à changer les normes sociales, faciliter la communication sur les questions relatives à la sexualité, éliminer les obstacles sociaux et les attitudes qui s'opposent à une éducation sexuelle et accroître les connaissances.

² Botswana, Éthiopie, Indonésie, Jamaïque, Kenya, Namibie, Nigéria, Afrique du Sud, Tanzanie, Thaïlande, États-Unis et Zambie.

³ Exemples de sites consultés (liste non exhaustive) : SIECUS; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communications Program's The Info Project; Alliance internationale contre le VIH/SIDA; Family Health International ; Institute of Education, University of London ; Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) ; Bureau international d'éducation de l'UNESCO (BIE) ; Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ; et Fédération internationale pour le planning familial (IPPF).

2. Classes d'âge

Les thèmes et objectifs d'apprentissage exposés dans le présent volume sont destinés à des jeunes scolarisés à des niveaux d'enseignement primaire et secondaire. Cependant, ceux qui n'ont pas reçu d'éducation sexuelle à ces niveaux d'études sont nombreux, de sorte que les objectifs d'apprentissage exposés dans les *Principes directeurs internationaux* peuvent aussi être profitables à des étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur. À vrai dire, la nécessité d'une éducation sexuelle au niveau de l'enseignement supérieur peut être d'une importance capitale, étant donné que bon nombre d'étudiants quittent alors le domicile familial pour la première fois et peuvent développer des relations avec d'autres personnes et devenir sexuellement actifs. En outre, ces thèmes et objectifs d'apprentissage peuvent se révéler utiles pour la formation des enseignants et l'élaboration des programmes scolaires ou, plus simplement, comme liste de contrôle pour l'examen des programmes existants, scolaires et autres.

Il est également important de dispenser une éducation sexuelle à des enfants et des jeunes non scolarisés, notamment à ceux qui sont parfois marginalisés pour diverses raisons et particulièrement vulnérables à des relations sexuelles précoces et sans préparation, ainsi qu'à l'exploitation et aux abus sexuels.

Les thèmes et objectifs d'apprentissage sont classés par niveau correspondant à quatre classes d'âges :

1. de 5 à 8 ans (niveau I)
2. de 9 à 12 ans (niveau II)
3. de 12 à 15 ans (niveau III)
4. de 15 à 18 ans et plus (niveau IV)

Les objectifs d'apprentissage obéissent à une progression logique, les concepts destinés aux élèves plus jeunes comportant en général une grande quantité d'informations de base, des tâches cognitives moins élaborées et des activités plus simples. Un chevauchement entre les niveaux 3 et 4 est volontairement prévu de façon à prendre en compte la gamme d'âges étendue d'élèves pouvant se trouver dans la même classe. Le niveau 4 s'adresse aux apprenants âgés de 15 à 18 ans et plus, de sorte que les thèmes et objectifs d'apprentissage de ce niveau sont applicables, le cas échéant, avec des apprenants de plus de 18 ans inscrits dans le secondaire et avec des étudiants âgés inscrits dans le supérieur. L'ensemble des informations abordées avec ces quatre classes d'âges doit être adapté aux facultés cognitives des apprenants et prêter attention aux enfants et aux jeunes présentant des difficultés intellectuelles/d'apprentissage.

Les besoins et les préoccupations des enfants et des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, de même que l'âge des premières relations sexuelles, sont très variables d'une région, d'un pays ou d'une communauté à l'autre, ainsi qu'à l'intérieur d'une région, d'un pays ou d'une communauté. Il est donc probable que ces variations influent, à leur tour, sur la pertinence perçue de certains objectifs d'apprentissage lors de l'élaboration des programmes scolaires, matériels et autres programmes. Il convient, par conséquent, d'adapter les objectifs d'apprentissage au contexte. Mais, pour ce faire, il importe d'accorder plus de poids aux données et éléments factuels disponibles qu'au sentiment de malaise personnel ou à l'opposition perçue.

3. Composantes d'apprentissage

Les thèmes et objectifs d'apprentissage couvrent quatre composantes du processus d'apprentissage :

1. Information : l'éducation sexuelle fournit des informations précises sur la sexualité humaine, notamment la croissance et le développement, l'anatomie et la physiologie sexuelles, la reproduction, la contraception, la grossesse et l'accouchement, le VIH et le SIDA, les IST, la vie familiale et les relations interpersonnelles, la culture et la sexualité, la démarginalisation par les droits de la personne, la non-discrimination, l'égalité et les rôles dévolus aux deux sexes, le comportement sexuel, la diversité sexuelle, les abus sexuels, la violence à caractère sexiste et les pratiques néfastes.
2. Valeurs, attitudes et normes sociales : l'éducation sexuelle offre aux élèves la possibilité d'explorer les valeurs, attitudes et normes (personnelles, familiales, communautaires et des pairs) en lien avec le comportement sexuel, la santé, la prise de risque et la prise de décision et en référence aux principes de tolérance, respect, égalité des sexes, droits de la personne et égalité.
3. Compétences interpersonnelles et relationnelles : l'éducation sexuelle favorise l'acquisition de techniques en matière de prise de décision, d'affirmation de soi, de communication, de négociation et de refus. Ces compétences peuvent contribuer à promouvoir des relations plus faciles et plus constructives avec la famille, les pairs, les amis et les partenaires romantiques ou sexuels.
4. Responsabilité : l'éducation sexuelle encourage les élèves à assumer la responsabilité du comportement qu'ils ont vis-à-vis d'eux-mêmes et vis-à-vis d'autrui en faisant preuve de respect, d'acceptation, de tolérance et de compassion envers autrui sans considération de l'état de santé ou de l'orientation sexuelle. L'éducation sexuelle insiste également sur l'égalité des sexes, la résistance à des relations sexuelles précoces, non désirées ou imposées et le rejet de la violence dans le cadre des relations, et les pratiques sexuelles à moindre risque, y compris l'usage systématique et correct du préservatif et de la contraception.

4. Programmes séparés ou intégrés

Il est nécessaire de décider si l'éducation sexuelle doit être : enseignée en tant que matière séparée (comme c'est le cas au Malawi et en Jamaïque), intégrée dans une matière porteuse existante, comme la santé ou la biologie (comme c'est le cas au Viet Nam), répartie entre plusieurs matières, comme l'éducation civique, la santé et la biologie (comme au Mexique) ou bien incorporée dans des activités d'orientation et de conseil (comme c'était le cas encore récemment au Kenya).

Ces décisions sont à prendre en prenant en considération la politique éducative d'ensemble, la disponibilité des ressources (notamment soutien de l'administration scolaire, enseignants formés et matériels existants), la hiérarchie des priorités du programme scolaire, les besoins des élèves, l'appui de la communauté à des programmes d'éducation sexuelle et la question des grilles horaires. Une réponse pragmatique est peut-être de reconnaître que, même si la solution idéale est d'introduire l'éducation sexuelle en tant que matière séparée, il peut être plus pertinent de s'appuyer sur ce qu'enseignent déjà les enseignants, de l'améliorer et de l'intégrer dans des matières ou activités existantes, comme les sciences humaines, la biologie ou les activités d'orientation et de conseil.

Encadré 1. Éducation sexuelle : exemples de point d'entrée dans cinq pays

Malawi

Au Malawi, l'éducation sexuelle est enseignée en tant que matière séparée et sanctionnée par un examen au niveau du secondaire. En revanche, dans le primaire, elle est intégrée dans des matières porteuses et n'est pas sanctionnée par un examen. Dans ces deux niveaux, l'éducation sexuelle est dispensée par des enseignants formés qui utilisent des matériels spécialement conçus.

Mexique

Au Mexique, l'éducation sexuelle est diffusée dans différentes matières du programme scolaire, comme les sciences et l'éducation civique, de manière à illustrer clairement que la sexualité intervient dans de nombreux domaines de la vie. En deuxième cycle du secondaire, les élèves (de 15 à 18 ans) peuvent choisir l'éducation sexuelle comme matière séparée.

République-Unie de Tanzanie

En République-Unie de Tanzanie, l'éducation sexuelle est intégrée dans des matières porteuses, comme les sciences et l'éducation civique. Le cas de la Tanzanie démontre que l'éducation sexuelle n'a pas nécessairement besoin d'être une matière entièrement séparée pour être intégrée dans un programme scolaire.

Viet Nam

Au Viet Nam, le Ministère de l'éducation met actuellement au point une activité périscolaire obligatoire qui complétera le contenu scolaire interne. L'objectif est également de recourir à des approches participatives et au soutien de pairs renforcés par un programme parallèle pour les parents.

5. Structure

Les thèmes généraux pour lesquels des objectifs d'apprentissage ont été définis sont articulés autour de six concepts clés :

1. Relations interpersonnelles
2. Valeurs, attitudes et compétences
3. Culture, société et droits de la personne
4. Développement humain
5. Comportement sexuel
6. Santé sexuelle et reproductive

Chaque thème est associé à des objectifs d'apprentissage spécifiques qui sont classés en fonction des quatre classes d'âges. Les objectifs d'apprentissage formulent les résultats qui sont attendus du travail effectué sur chaque thème. Les objectifs d'apprentissage sont définis au niveau où ils sont exposés pour la première fois, mais il faut ensuite les renforcer dans les classes d'âges suivantes. Si un programme débute avec des élèves plus âgés, il peut être nécessaire de couvrir des thèmes et objectifs d'apprentissage définis pour des classes d'âges plus jeunes. Selon les besoins et les caractéristiques spécifiques à un pays ou une région, comme les normes culturelles et sociales et le contexte épidémiologique, il est possible d'adapter le contenu des objectifs d'apprentissage pour pouvoir l'intégrer dans une classe d'âges plus jeune ou plus âgée. Toutefois, de l'avis de la plupart des experts, les enfants et les jeunes sont demandeurs et ont besoin d'une information sur la sexualité et la santé sexuelle aussi complète que possible et le plus tôt possible.

6. Vue d'ensemble des concepts clés et des thèmes

Les tableaux ci-dessous présentent les thèmes et les objectifs d'apprentissage pouvant constituer le « menu » complet d'un programme scolaire. Les thèmes et objectifs d'apprentissage s'appuient sur des données probantes concernant des programmes scolaires qui ont été reconnus efficaces pour changer des comportements et sur des données d'expérience pratique.

<p>Concept clé 1 : Relations interpersonnelles</p> <p><i>Thèmes :</i></p> <ul style="list-style-type: none">1.1 Familles1.2 Relations amicales, amoureuses et romantiques1.3 Tolérance et respect1.4 Engagement sur le long terme, mariage et parentalité	<p>Concept clé 2 : Valeurs, attitudes et compétences</p> <p><i>Thèmes :</i></p> <ul style="list-style-type: none">2.1 Valeurs, attitudes et sources d'apprentissage de la sexualité2.2 Normes et influence des pairs sur le comportement sexuel2.3 Prise de décision2.4 Techniques de communication, de refus et de négociation2.5 Obtention d'aide et de soutien	<p>Concept clé 3 : Culture, société et droits de la personne</p> <p><i>Thèmes :</i></p> <ul style="list-style-type: none">3.1 Sexualité, culture et droits de la personne3.2 Sexualité et médias3.3 La construction sociale du genre3.4 Violence à caractère sexiste, notamment abus sexuels, exploitation sexuelle et pratiques néfastes
<p>Concept clé 4 : Développement humain</p> <p><i>Thèmes :</i></p> <ul style="list-style-type: none">4.1 Anatomie et physiologie sexuelles et reproductives4.2 Reproduction4.3 Puberté4.4 Image du corps4.5 Intimité et intégrité corporelle	<p>Concept clé 5 : Comportement sexuel</p> <p><i>Thèmes :</i></p> <ul style="list-style-type: none">5.1 Sexe, sexualité et cycle de la vie sexuelle5.2 Comportement sexuel et réponse sexuelle	<p>Concept clé 6 : Santé sexuelle et reproductive</p> <p><i>Thèmes :</i></p> <ul style="list-style-type: none">6.1 Prévention de grossesses6.2 Compréhension, prise en compte et réduction du risque de IST, y compris d'infection à VIH6.3 Stigmatisation associée au VIH et au SIDA, traitement, soins et soutien

7. Tableaux des objectifs d'apprentissage

Concept clé 1 – Relations interpersonnelles

1.1 Familles

Objectif d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Définir le concept de « famille » à l'aide d'exemples illustrant différents types de structures familiales

Idées maîtresses :

- Il existe de nombreux types de familles dans le monde (par exemple biparentale, monoparentale, placée sous la responsabilité d'un enfant, placée sous la responsabilité d'un tuteur, étendue, nucléaire, non traditionnelle, etc.)
- Les membres d'une famille ont des besoins et des rôles différents
- Les membres d'une famille prennent soin les uns des autres de différentes façons, même si, parfois, ils ne le souhaitent ou ne le peuvent pas
- Les rôles et responsabilités des membres d'une famille sont souvent le reflet de l'inégalité entre les sexes
- La famille joue un rôle important dans la transmission de valeurs aux enfants

Objectif d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Décrire les rôles, droits et responsabilités des différents membres d'une famille

Idées maîtresses :

- La famille peut promouvoir l'égalité des sexes au travers des rôles et responsabilités dévolus à ses membres
- La communication au sein d'une famille, en particulier entre les parents et les enfants, améliore les relations interpersonnelles
- Les parents et les autres membres de la famille guident et orientent leurs enfants dans leurs décisions
- La famille contribue à l'acquisition de valeurs par leurs enfants et elle a une influence sur leur personnalité
- La santé et la maladie peuvent avoir une incidence sur la structure d'une famille, ses capacités, ses rôles et ses responsabilités

Objectif d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Décrire l'évolution des responsabilités des membres d'une famille à mesure que les enfants grandissent

Idées maîtresses :

- Amour, coopération, égalité des sexes, tendresse mutuelle et respect mutuel sont importants pour garantir le bon fonctionnement d'une famille et des relations saines
- À mesure que les enfants grandissent, leur monde et leur univers affectif dépassent le cercle familial, et les amis et les pairs prennent une place particulièrement importante
- Grandir signifie prendre ses responsabilités vis-à-vis de soi-même et vis-à-vis d'autrui
- Conflits et incompréhension entre parents et enfants sont courants, plus spécialement à la puberté, et peuvent en général être résolus

Objectif d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Discuter de l'incidence que peuvent avoir sur la famille des questions relatives à la sexualité et aux relations interpersonnelles – par exemple révélation d'un statut séropositif, grossesse non désirée, relations avec un partenaire de même sexe

Idées maîtresses :

- Les rôles des membres de la famille peuvent changer lorsqu'un jeune de la famille révèle sa séropositivité, devient enceinte, refuse un mariage arrangé ou révèle son orientation sexuelle
- Il existe des dispositifs de soutien vers lesquels les membres d'une famille peuvent se tourner en cas de crise
- Les familles peuvent surmonter des crises en s'apportant un soutien et un respect mutuels

1.2 Relations amicales et amoureuses

Objectif d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Définir ce qu'est un « ami »

Idées maîtresses :

- Il existe différents types d'amis (par exemple vrai ami par opposition au faux ami, petit ami, petite amie)
- Les amitiés sont fondées sur la confiance, l'échange, la compassion et la solidarité
- Les relations interpersonnelles traduisent différents types d'amour et il existe de nombreuses façons différentes d'exprimer son amour
- Le handicap ou l'état de santé ne sont pas un obstacle pour nouer des amitiés et des relations ou pour aimer

Objectif d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Identifier les compétences nécessaires pour gérer les relations interpersonnelles

Idées maîtresses :

- Il existe différentes façons d'exprimer son amitié et d'aimer une autre personne
- L'amitié et l'amour contribuent au bonheur des individus
- Les rôles dévolus aux deux sexes influent sur les relations interpersonnelles et l'égalité des sexes favorise des relations plus saines
- Les relations interpersonnelles peuvent être saines ou malsaines
- Une relation abusive est un exemple de relation malsaine

Objectif d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Distinguer les différents types de relations interpersonnelles

Idées maîtresses :

- L'amour, l'amitié, la passion et l'attirance sexuelle traduisent différentes émotions
- L'amitié peut être très bénéfique
- Les amis peuvent avoir une influence positive et négative les uns sur les autres
- Des relations étroites peuvent parfois évoluer vers des relations sexuelles
- Les rôles et les stéréotypes fondés sur le sexe peuvent avoir de profondes répercussions sur les relations amoureuses
- Les abus et la violence dans les relations ont un rapport étroit avec les rôles et les stéréotypes fondés sur le sexe

Objectif d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Identifier les lois qui existent en matière de relations abusives

Idées maîtresses :

- Savoir identifier des relations abusives est une capacité qui peut s'acquérir
- Dans la plupart des pays, il existe des lois qui condamnent les relations abusives
- Il est de la responsabilité de chacun de signaler tout cas de relations abusives
- Il existe des mécanismes de soutien destinés à aider les personnes victimes de relations abusives

Concept clé 1

– Relations interpersonnelles

1.3 Tolérance et respect

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Définir ce qu'est le 'respect'

Idées maîtresses :

- Tolérance, acceptation et respect sont des valeurs d'une importance capitale pour des relations saines
- Tout être humain est unique et a de la valeur, et peut, au travers d'une relation d'amitié, d'une relation interpersonnelle et d'une relation d'amour, apporter une contribution à la société
- Tout être humain a droit au respect
- Se moquer d'une personne est un comportement néfaste

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Définir les concepts de parti pris, préjugé, stigmatisation, intolérance, harcèlement, rejet et brimades

Idées maîtresses :

- Tout acte de harcèlement ou d'intimidation visant une personne et fondé sur son état de santé, sa couleur, son orientation sexuelle ou toute autre différence est un acte irrespectueux et blessant et constitue une violation des droits de la personne
- La stigmatisation et la discrimination fondées sur la différence constituent une violation des droits de la personne
- Il est de la responsabilité de chacun de défendre des personnes qui font l'objet de harcèlement ou de brimades

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Expliquer pourquoi la stigmatisation, la discrimination et les brimades sont des comportements néfastes

Idées maîtresses :

- La stigmatisation et la discrimination sont des comportements néfastes
- La stigmatisation peut aussi être auto-infligée et conduire au silence, au déni et au repli sur soi
- Il est de la responsabilité de chacun de s'exprimer ouvertement contre le parti pris et l'intolérance
- Il existe habituellement des mécanismes de soutien destinés à aider les personnes qui font l'objet de stigmatisation et de discrimination (par ex. homophobie)

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Expliquer pourquoi il est important de remédier à la discrimination envers des personnes perçues comme 'différentes'

Idées maîtresses :

- La discrimination a des effets négatifs sur les individus, les communautés et les sociétés
- Dans de nombreux pays, il existe des lois contre la stigmatisation et la discrimination

1.4 Engagements sur le long terme, mariage et parentalité

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Expliquer les concepts de « famille » et de « mariage »

Idées maîtresses :

- Il existe des mariages où l'on choisit son conjoint, d'autres non, comme dans les mariages arrangés
- Il arrive qu'une union entre deux personnes se termine par une séparation et un divorce, ce qui peut avoir des répercussions sur tous les membres de la famille
- Les différentes structures familiales influent sur l'organisation de la vie des enfants, leurs rôles et leurs responsabilités
- Les mariages forcés et les mariages d'enfants ont des effets néfastes et sont habituellement illégaux

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Expliquer les principales caractéristiques de l'engagement sur le long terme, du mariage et de la parentalité

Idées maîtresses :

- Les lois et les pratiques sociales façonnent la manière dont le mariage, l'union de partenaires et le fait d'avoir des enfants sont organisés dans la société
- Décider de devenir parent est un droit pour toute personne, y compris pour les personnes ayant un handicap et pour les personnes vivant avec le VIH
- Être parent implique des responsabilités
- Il existe plusieurs manières pour des adultes de devenir parent : grossesse désirée, grossesse non désirée, adoption, parents nourriciers, procréation assistée et recours à une mère porteuse

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Identifier les principales responsabilités qu'impliquent un mariage et un engagement sur le long terme

Idées maîtresses :

- Les mariages et les engagements sur le long terme qui réussissent sont fondés sur l'amour, la tolérance et le respect
- Les mariages précoces, les mariages d'enfants et les situations de parentalité adolescente ont des conséquences négatives pour la société et pour la santé
- La culture et les rôles traditionnels des sexes influent sur la parentalité

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Identifier les besoins essentiels d'ordre physique, affectif, économique et éducatif des enfants et les responsabilités qui en résultent pour les parents

Idées maîtresses :

- Le mariage et l'engagement sur le long terme peuvent être source de satisfactions et de difficultés
- Des difficultés dans une relation peuvent avoir des répercussions sur le bien-être des enfants
- De nombreux facteurs interviennent dans la décision des personnes d'avoir des enfants ou de ne pas en avoir

Concept clé 2

– Valeurs, attitudes et compétences

2.1 Valeurs, attitudes et sources d'apprentissage de la sexualité

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Définir les valeurs et identifier les valeurs personnelles importantes, comme l'égalité, le respect, l'acceptation et la tolérance

Idées maîtresses :

- Les valeurs sont des convictions fortes que possèdent des individus, des familles et des communautés sur des questions importantes
- Les valeurs et les convictions guident les décisions concernant la vie et les relations interpersonnelles
- Les individus, les pairs, les familles et les communautés peuvent avoir des valeurs différentes

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Identifier les sources de valeurs, d'attitudes et d'apprentissage de la sexualité

Idées maîtresses :

- Dans la plupart des familles, les parents enseignent à leurs enfants leurs propres valeurs et en donnent l'exemple
- Les valeurs et les attitudes qui nous sont inculquées par la famille et par la communauté sont des sources d'apprentissage de notre sexualité
- Les valeurs concernant le genre, les relations interpersonnelles, l'intimité, l'amour, la sexualité et la reproduction influent sur le comportement personnel et la prise de décision
- Les valeurs culturelles peuvent avoir une incidence sur les rôles traditionnellement attendus des hommes et des femmes et sur l'égalité des sexes

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Décrire leurs propres valeurs personnelles sur des questions relatives à la sexualité et à la santé reproductive

Donner des exemples clairs pour illustrer comment les valeurs personnelles influent sur leurs propres décisions et comportements

Idées maîtresses :

- Il est important que chacun sache quelles sont ses propres valeurs, convictions et attitudes, comment elles influent sur les droits d'autrui et comment y rester fidèle
- Chacun doit faire preuve de tolérance et de respect à l'égard de valeurs, de convictions et d'attitudes différentes

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Expliquer comment se comporter en accord avec ses propres valeurs

Idées maîtresses :

- À mesure que les enfants grandissent, ils forgent leurs propres valeurs, et celles-ci diffèrent parfois de celles de leurs parents
- Les relations parents-enfants sont plus solides lorsqu'ils parlent ensemble de leurs différences et qu'ils respectent mutuellement leur droit d'avoir des valeurs différentes
- Toute relation tire profit d'un respect mutuel des valeurs

2.2 Normes et influence des pairs sur le comportement sexuel

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Définir ce qu'est la pression des pairs

Idées maîtresses :

- L'influence des pairs peut revêtir des formes multiples et diverses
- L'influence de l'un de ses pairs peut être bonne ou mauvaise

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Décrire les normes sociales et leur influence sur le comportement

Idées maîtresses :

- Les normes sociales ont une influence sur les valeurs et les comportements, y compris sur les valeurs et les comportements en matière de sexualité
- L'affirmation de soi ainsi que d'autres techniques permettent de faire face aux normes sociales et à la pression exercée par les pairs

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Expliquer comment la pression des pairs et les normes sociales influent sur les décisions et les comportements

Idées maîtresses :

- Les normes sociales et l'influence des pairs, comme les brimades ou la pression négative du groupe, peuvent avoir une influence sur la prise de décision et le comportement
- Être capable de s'affirmer signifie savoir à quel moment et dans quelles conditions dire « oui » ou « non » à des relations sexuelles, et s'en tenir à sa décision

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Décrire des compétences permettant de résister à la pression des pairs

Idées maîtresses :

- Il est possible de prendre des décisions rationnelles concernant le comportement sexuel
- On peut résister à l'influence négative des pairs sur sa prise de décision en matière de sexualité

Concept clé 2

– Valeurs, attitudes et compétences

2.3 Prise de décision

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Donner des exemples de bonnes et de mauvaises décisions et en décrire les conséquences

Idées maîtresses :

- L'individu a le droit de prendre ses propres décisions
- Toute décision a des conséquences
- Prendre des décisions est une capacité qui peut s'acquérir
- Les enfants et les jeunes peuvent avoir besoin de l'aide d'adultes pour prendre certaines décisions

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Appliquer le processus de prise de décision pour faire face à des problèmes

Idées maîtresses :

- Le processus de prise de décision peut comporter plusieurs étapes
- Prendre une décision a des conséquences et, bien souvent, on peut les anticiper ; il est par conséquent important, quand on fait un choix, d'avoir à l'esprit d'obtenir le meilleur résultat
- De multiples facteurs interviennent dans nos décisions, y compris les amis, la culture, les stéréotypes liés aux rôles traditionnels des sexes, les pairs et les médias
- Des adultes de confiance peuvent apporter une aide pour prendre des décisions

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Évaluer les avantages, inconvénients et conséquences de différentes décisions

Appliquer le processus de prise de décision pour faire face à des préoccupations concernant la santé sexuelle ou la santé reproductive

Idées maîtresses :

- Plusieurs obstacles peuvent empêcher de prendre des décisions rationnelles en matière de comportement sexuel
- Les émotions sont l'un des facteurs qui interviennent dans la prise de décision en matière de comportement sexuel
- La consommation de drogue ou d'alcool peut empêcher de prendre des décisions rationnelles en matière de comportement sexuel
- Dans la prise de décision en matière de comportement sexuel, il faut tenir compte de toutes les conséquences potentielles
- Les décisions prises en matière de comportement sexuel peuvent avoir des répercussions sur la santé des personnes, leur avenir et leurs projets de vie

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Identifier les conséquences juridiques, sociales et sanitaires que peuvent avoir les décisions prises en matière de sexualité

Idées maîtresses :

- Le comportement sexuel a des conséquences pour soi-même et pour autrui, parmi lesquelles des conséquences juridiques ou une grossesse non désirée, ou des IST, y compris l'infection à VIH
- Les législations nationales peuvent avoir un effet sur ce que les jeunes peuvent et ne peuvent pas faire
- Il existe des conventions et des accords internationaux relatifs à la santé sexuelle et reproductive qui contiennent des orientations utiles sur les règles en matière de droits de la personne (par exemple CEDAW, CRC) et que l'on peut consulter en lien avec les législations nationales concernant l'accès aux services de santé, l'âge du consentement sexuel, etc.

2.4 Techniques de communication, de refus et de négociation

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Expliquer les différentes formes de communication

Idées maîtresses :

- Toute personne a le droit de s'exprimer
- La communication est importante dans toutes les relations entre des parents et des enfants, des adultes de confiance et des amis
- Il existe différentes formes de communication entre les personnes, notamment la communication verbale et la communication non verbale
- Dire clairement « oui » et « non » permet de protéger son intimité et son intégrité corporelle

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Montrer des exemples de communication efficace et inefficace

Idées maîtresses :

- Il existe différents modes et styles de communication efficace, ainsi que des moyens d'acquérir cette capacité
- L'affirmation de soi est un aspect important de la communication
- Les rôles dévolus aux deux sexes peuvent influencer sur la communication entre des personnes
- Négocier exige un respect mutuel, une coopération et, souvent, l'acceptation d'un compromis de la part de toutes les parties

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Montrer de la confiance en soi pour utiliser des techniques de négociation et de refus

Idées maîtresses :

- Une bonne communication est essentielle dans des relations personnelles, familiales, amoureuses, scolaires et professionnelles
- Il peut y avoir des obstacles qui empêchent de communiquer efficacement
- Savoir communiquer efficacement peut aider des enfants et des jeunes à refuser des relations sexuelles non désirées et abusives avec des personnes se trouvant en position d'autorité ou d'autres adultes
- Les rôles traditionnellement dévolus et attendus des deux sexes influent sur la capacité de négocier des relations sexuelles

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Montrer comment communiquer efficacement quant à ses besoins personnels et aux conditions que l'on se fixe en matière de sexualité

Idées maîtresses :

- Des rapports sexuels consentants et à moindre risque requièrent des techniques de communication efficace
- Les techniques d'affirmation de soi et de négociation peuvent aider des jeunes à résister à des pressions pour obtenir des relations sexuelles non désirées ou renforcer leur intention de pratiquer une sexualité à moindre risque

Concept clé 2

– Valeurs, attitudes et compétences

2.5 Trouver l'aide et le soutien

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Identifier des solutions spécifiques d'entraide

Idées maîtresses :

- Toute personne a le droit d'être protégée et soutenue
- Les amis, la famille, les enseignants, les membres du clergé et les membres de la communauté peuvent et doivent s'entraider
- Des adultes de confiance peuvent être des sources d'aide et de soutien

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Identifier des problèmes spécifiques et des sources d'aide fiables

Idées maîtresses :

- Différentes sources d'aide et de soutien existent à l'intérieur de l'école et de la communauté élargie
- Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander de l'aide en dehors de l'école ou de la communauté
- Attention de nature sexuelle non désirée, harcèlement ou abus sont des cas qui doivent être signalés à une source d'aide en qui l'on a confiance

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Identifier des sources d'aide fiables

Idées maîtresses :

- La honte et la culpabilité ne doivent pas faire obstacle à la recherche d'aide
- Il faut faire preuve d'esprit critique si l'on utilise les médias (par exemple Internet) comme source d'aide
- Il existe des lieux qui permettent d'accéder à un soutien en matière de santé sexuelle et reproductive (par exemple conseil, test de dépistage et traitement des IST ou du VIH, services de soutien dédiés à divers cas, contraception, abus sexuel, viol, violence familiale et violence à caractère sexiste, avortement et soins après avortement⁴, stigmatisation et discrimination)
- Une source d'aide fiable préserve la confidentialité⁵ et protège l'intimité

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Montrer comment adopter un comportement positif en matière de recherche d'aide

Idées maîtresses :

- L'affirmation de soi est une compétence nécessaire pour identifier une source d'aide fiable
- Toute personne a droit à une assistance raisonnable, factuelle et respectueuse qui préserve la confidentialité⁵ et protège l'intimité

4 « L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale ... Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Après un avortement, des services de conseil, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés. » CIPD POA, par. 8.25. « Dans les cas où l'avortement n'est pas interdit par la loi, les systèmes de santé devraient former les prestataires de soins de santé et les équiper et devraient prendre d'autres mesures pour que l'avortement soit alors pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité et soit accessible. » Actions clés CIPD+5, par. 63iii.

5 « Afin de promouvoir la santé et le développement des adolescents, les États parties sont aussi encouragés à respecter strictement leur droit à la vie privée et à la confidentialité, notamment en ce qui concerne les avis et les conseils qu'ils reçoivent sur les questions de santé (art. 16). Le personnel de santé est tenu d'assurer la confidentialité des informations médicales se rapportant aux adolescents, conformément aux principes fondamentaux de la Convention. Ces informations ne peuvent être divulguées qu'avec le consentement de l'adolescent ou dans des cas justifiant le non-respect de la confidentialité, y compris pour les adultes. Les adolescents jugés suffisamment mûrs pour recevoir des conseils sans la présence d'un parent ou d'une autre personne ont droit au respect de la confidentialité de ces entretiens et peuvent exiger la confidentialité des services, y compris des traitements qui leur sont administrés. » CRC Observation générale n° 4 (2003) par. 11. « La réalisation du droit des adolescents à la santé est fonction de la mise en place de soins de santé tenant compte des préoccupations des jeunes et respectant la confidentialité et l'intimité, y compris des services appropriés de santé sexuelle et génésique. » CRC Observation générale n° 4 (2003) par. 40b.

Concept clé 3

– Culture, société et droits de la personne

3.1 Sexualité, culture et droits de la personne

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Identifier nos sources d'information sur la sexualité et le genre

Idées maîtresses :

- La famille, les individus, les pairs et la communauté sont des sources d'information sur la sexualité et le genre
- Les valeurs et les convictions transmises par la famille et la communauté guident notre conception de la sexualité et du genre

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Identifier les principaux messages et normes, d'ordre culturel, religieux, juridique ou relatifs aux droits de la personne, concernant la sexualité

Montrer comment être ouvert à l'opinion d'autrui en matière de sexualité

Idées maîtresses :

- La culture, la société, les droits de la personne et les normes juridiques influent sur notre conception de la sexualité
- Dans toutes les cultures, des normes et des tabous sur la sexualité et le genre existent et ont évolué avec le temps
- Chaque culture a ses propres rites de passage à l'âge adulte
- Respecter les droits de la personne exige de notre part de prendre en compte l'opinion d'autrui sur la sexualité

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Identifier les principales normes culturelles et les principaux vecteurs de messages sur la sexualité

Identifier les lois nationales et réglementations locales qui influent sur l'exercice effectif des droits de la personne relatifs à la santé sexuelle et reproductive

Idées maîtresses :

- Des accords internationaux et des instruments relatifs aux droits de la personne fixent des lignes directrices en matière de santé sexuelle et reproductive
- Des facteurs culturels influent sur ce qui, dans une société, est considéré comme acceptable et non acceptable

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Expliquer les concepts de droits de la personne relatifs à la santé sexuelle et reproductive

Idées maîtresses :

- Il existe des instruments juridiques internationaux et nationaux relatifs aux mariages d'enfant, aux mutilations génitales féminines/excisions (MGF/E), à l'âge du consentement, à l'orientation sexuelle, au viol, aux abus sexuels, et à l'accès des personnes à des services de santé sexuelle et reproductive (SSR)
- Respecter les droits de la personne signifie accepter des personnes qui ont une orientation sexuelle et une identité sexuelle différentes
- La culture, les droits de la personne et les pratiques sociales influent sur l'égalité des sexes et les rôles dévolus aux deux sexes

Concept clé 3

– Culture, société et droits de la personne

3.2 Sexualité et médias

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Identifier différents types de médias

Donner des exemples permettant de faire la distinction entre la réalité et la fiction (par exemple télévision, Internet)

Idées maîtresses :

- La télévision, l'Internet, les livres et les journaux sont différents types de médias
- Tous les médias présentent des récits qui peuvent être réels ou imaginaires

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Citer des exemples illustrant l'image que les mass media donnent de l'homme et de la femme

Décrire l'incidence des mass media sur les valeurs personnelles, attitudes et comportements relatifs à la sexualité et au genre

Idées maîtresses :

- Les mass media peuvent donner une image positive et négative de l'homme et de la femme
- Les mass media influent sur les valeurs personnelles, les attitudes et les normes sociales relatives au genre et à la sexualité

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Repérer les images irréalistes que les mass média donnent de la sexualité et des relations sexuelles

Décrire les conséquences de ces images sur la création des stéréotypes sexuels

Idées maîtresses :

- Les mass media influent sur notre idéal de la beauté et sur les stéréotypes sexuels
- Les média pornographiques accordent une large place aux stéréotypes sexuels
- Les images négatives données de l'homme et de la femme dans les mass média influent sur l'estime de soi

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Faire une analyse critique de l'influence potentielle des messages véhiculés par les mass média sur la sexualité et les relations sexuelles

Imaginer comment les mass média pourraient promouvoir des comportements sexuels à moindre risque et l'égalité des sexes

Idées maîtresses :

- Il est possible de manifester son opposition aux images négatives et erronées que les mass media donnent de l'homme et de la femme
- Les mass media peuvent avoir une influence positive sur les comportements et promouvoir l'égalité entre les sexes

3.3 La construction sociale du genre

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Définir ce qu'est le « genre »

Idée maîtresse :

- La famille, l'école, les amis, les médias et la société sont des sources d'apprentissage sur le genre et les stéréotypes sexuels

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Explorer comment l'inégalité entre les sexes est entretenue par les garçons et les filles, et par les hommes et les femmes

Idées maîtresses :

- Les normes sociales et culturelles et les convictions religieuses sont des facteurs qui influent sur les rôles traditionnels des sexes
- La famille, la communauté et la société sont des contextes où existent des inégalités entre les sexes, par exemple la préférence pour les garçons ou pour les filles
- Les droits de la personne promeuvent l'égalité entre les hommes et les femmes et entre les garçons et les filles
- Il est de la responsabilité de chacun de remédier aux inégalités entre les sexes

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Expliquer ce que signifie « parti pris sexiste » et « discrimination fondée sur le sexe » et citer des exemples

Idées maîtresses :

- Les valeurs personnelles influent sur les convictions de l'individu en matière de parti pris sexiste et de discrimination fondée sur le sexe
- L'égalité des sexes favorise l'égalité des hommes et des femmes dans la prise de décisions concernant le comportement sexuel et la planification familiale
- Les normes appliquées aux hommes et aux femmes sont parfois différentes et inégales

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Fournir des exemples personnels illustrant comment le genre influe sur la vie des personnes

Idées maîtresses :

- Il est largement admis que de nombreux facteurs influent sur l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle
- L'inégalité entre les sexes influe sur le comportement sexuel et peut accroître le risque de contrainte, d'abus et de violence sexuels

Concept clé 3

– Culture, société et droits de la personne

3.4 Violence à caractère sexiste, notamment abus sexuel, exploitation sexuelle et pratiques néfastes

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Donner des exemples de pratiques positives et de pratiques néfastes

Définir ce qu'est l'abus sexuel

Idées maîtresses :

- Il existe des pratiques positives et des pratiques néfastes qui ont une incidence sur la santé et le bien-être dans la société
- Les droits de la personne protègent toute personne contre l'abus sexuel et la violence à caractère sexiste
- Attouchements incorrects et relations sexuelles non désirées et imposées (viol) sont des formes d'abus sexuel
- Tout abus sexuel est un acte délictueux

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Expliquer comment les stéréotypes liés aux rôles traditionnels des sexes sont des facteurs qui favorisent la contrainte sexuelle et les abus sexuels

Définir et décrire la violence à caractère sexiste, y compris le viol et la prévention du viol

Montrer comment utiliser des techniques de communication (par exemple affirmation de soi, refus) pour résister à l'abus sexuel

Idées maîtresses :

- Les croyances et pratiques traditionnelles peuvent être une source d'apprentissage positif
- Crimes d'honneur, crimes conjugaux et crimes passionnels sont des exemples de pratiques néfastes et d'inégalité entre les sexes qui constituent une violation des droits de la personne
- Il existe des moyens d'obtenir de l'aide en cas d'abus sexuel et de viol
- Les techniques d'affirmation de soi et de refus peuvent aider à résister à l'abus sexuel et à la violence à caractère sexiste, y compris au viol

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Identifier des stratégies spécifiques permettant de réduire la violence à caractère sexiste, y compris le viol et l'abus sexuel

Idées maîtresses :

- Toute forme d'abus sexuel et de violence à caractère sexiste perpétrée par des adultes, des jeunes et des personnes se trouvant en position d'autorité constitue une violation des droits de la personne
- Il est de la responsabilité de chacun de signaler tout cas d'abus sexuel et de violence à caractère sexiste
- Des adultes de confiance peuvent vous indiquer les services dédiés au soutien de victimes d'abus sexuel et de violence à caractère sexiste

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Montrer comment plaider pour l'élimination des stéréotypes liés aux rôles traditionnels des sexes et des inégalités entre les sexes, des pratiques néfastes et de la violence à caractère sexiste

Idée maîtresse :

- Il est de la responsabilité de chacun de plaider pour l'égalité des sexes et de s'exprimer ouvertement contre toute violation des droits de la personne, telle que abus sexuel, pratiques néfastes et violence à caractère sexiste

Concept clé 4

– Développement humain

4.1 Anatomie et physiologie sexuelles et reproductives

Objectif d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Exposer les différences entre le corps de l'homme et le corps de la femme

Idées maîtresses :

- Le corps de toute personne, y compris d'une personne ayant un handicap, est unique et a droit au respect
- Chaque culture a sa propre conception du corps humain
- Le corps de l'homme et le corps de la femme, de même que celui du garçon et de la fille, sont différents et changent au fil des années
- Certaines parties du corps sont considérées comme du domaine privé, et d'autres non

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Décrire la structure et la fonction des organes sexuels et reproducteurs

Idées maîtresses :

- L'anatomie et la physiologie sexuelles et reproductives décrivent des concepts, comme le cycle menstruel, la production de sperme, l'érection et l'éjaculation
- Il est courant que les enfants et les jeunes se posent des questions sur le développement sexuel, par exemple pourquoi peut-on avoir plus de poitrine qu'une autre ? Ces changements se produisent-ils chez tout le monde ?

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Distinguer les aspects biologiques et sociaux de la sexualité et du genre

Idées maîtresses :

- Le sexe d'un fœtus est déterminé par les chromosomes, et ce, dès les premiers stades de la grossesse
- Les hormones jouent un rôle capital dans la croissance, le développement et la régulation des organes reproducteurs et des fonctions sexuelles
- Les pratiques culturelles, traditionnelles et religieuses ont une grande influence sur notre manière de concevoir la sexualité, le genre, la puberté et la reproduction
- Chaque culture a sa propre conception de la sexualité, du genre et du moment où il est raisonnable de débiter une activité sexuelle

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Décrire la capacité sexuelle et reproductive de l'homme et de la femme durant le cycle de la vie

Idée maîtresse :

- Le corps et les capacités et fonctions reproductives et sexuelles, de l'homme et de la femme changent au fil des années

Concept clé 4

– Développement humain

4.2 Reproduction

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Expliquer d'où viennent les bébés

Idées maîtresses :

- Les bébés naissent de la fusion d'un ovule avec un spermatozoïde
- La reproduction comporte plusieurs étapes, parmi lesquelles l'ovulation, la fécondation, la conception, la grossesse et l'accouchement
- Le corps de la femme se transforme au cours de la grossesse

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Décrire comment survient une grossesse et comment on peut l'éviter

Identifier les principales méthodes de contraception

Idées maîtresses :

- Des rapports vaginaux non protégés peuvent entraîner une grossesse et des IST, y compris une infection à VIH
- Il existe des moyens d'éviter une grossesse non désirée, par exemple l'abstinence et la contraception
- L'usage systématique et correct du préservatif et de la contraception permet d'éviter une grossesse, une infection à VIH et d'autres IST
- Les changements hormonaux régulent l'ovulation et le cycle menstruel
- Certaines phases du cycle menstruel de la femme sont plus propices que d'autres à la conception
- Mariage (volontaire ou forcé), grossesse et maternité précoces comportent des risques pour la santé
- La grossesse ne met pas en danger la santé d'une femme séropositive et il existe des moyens de réduire le risque de transmission du VIH au bébé

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Décrire les signes d'une grossesse et les phases de développement du fœtus et de l'accouchement

Idées maîtresses :

- Les signes d'une grossesse peuvent être confirmés par un test
- Le développement du fœtus comporte plusieurs phases
- Il existe des moyens de faire en sorte qu'une grossesse et un accouchement se déroulent dans de bonnes conditions
- Avoir une mauvaise alimentation, fumer et consommer de l'alcool et de la drogue pendant une grossesse présentent des risques pour la santé et le bon développement du fœtus

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Souligner la différence entre fonctions et désirs en matière de reproduction et de sexualité

Idées maîtresses :

- Avant d'avoir des relations sexuelles avec un partenaire, il faut qu'il y ait consentement mutuel
- Avant de prendre une décision en matière de sexualité, il est nécessaire d'examiner les stratégies de réduction des risques permettant d'éviter une grossesse non désirée et des IST
- Les fonctions sexuelles et reproductives de l'homme et de la femme changent au cours de leur vie
- Toutes les femmes ne sont pas fécondes et il existe des moyens d'y remédier

4.3 Puberté

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Décrire la façon dont le corps change au cours de la croissance

Décrire les principales caractéristiques de la puberté

Idée maîtresse :

- La puberté désigne la période de changement physique et affectif qui survient pendant la croissance et le développement de l'enfant

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Décrire le processus de la puberté et le développement de l'appareil sexuel et reproducteur

Idées maîtresses :

- La puberté est le signe des changements qui affectent la fonction de reproduction d'une personne
- La puberté est une période durant laquelle le jeune subit des changements sur le plan social, affectif et physique
- Pendant la phase de maturation du corps, il est important d'observer une bonne hygiène (par exemple propreté des organes génitaux, hygiène menstruelle, etc.)
- À la puberté, il est important que la jeune fille ait accès à des garnitures hygiéniques ou autres protections périodiques et connaisse la façon de les utiliser
- Les changements hormonaux chez le garçon régulent le début de la production de sperme
- Les jeunes garçons ont parfois des éjaculations nocturnes à la puberté et à d'autres périodes de leur vie

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Décrire les similitudes et différences qui existent entre les filles et les garçons au niveau des changements physiques, affectifs et sociaux liés à la puberté

Faire la distinction entre puberté et adolescence

Idées maîtresses :

- La puberté est une période de maturation sexuelle marquée par de grands changements physiques et affectifs et pouvant inquiéter les jeunes
- La puberté survient à des âges différents selon les personnes et elle produit des effets différents sur les filles et sur les garçons
- L'adolescence désigne la période comprise entre le début de la maturation sexuelle (puberté) et l'âge adulte

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Décrire les principaux changements affectifs et physiques qui surviennent à la puberté à cause des changements hormonaux

Idées maîtresses :

- Les hormones mâles et femelles sont différentes et jouent un rôle déterminant dans les changements affectifs et physiques qui surviennent au cours de la vie
- Les hormones peuvent entraîner plusieurs types de changement, par exemple des modifications de la silhouette et des proportions du corps, de la pilosité

Concept clé 4

– Développement humain

4.4 Image du corps

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Prendre conscience que les corps sont tous différents

Idées maîtresses :

- Chaque corps (y compris un corps ayant un handicap) est particulier et unique
- Toute personne peut être fière de son corps

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Faire la distinction entre l'idéal culturel et la réalité du point de vue de l'apparence physique

Idées maîtresses :

- L'apparence physique est déterminée par l'hérédité, l'environnement et les habitudes de santé
- La valeur d'une personne ne dépend pas de son apparence physique
- Les idéaux en termes d'apparence physique évoluent avec le temps et varient d'une culture à l'autre

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Décrire comment la vision que l'on a de son corps influe sur sa santé, son image de soi et son comportement

Idées maîtresses :

- La taille et la forme du pénis, de la vulve ou de la poitrine varient d'une personne à l'autre et n'influent pas sur la reproduction ou son aptitude à être un bon partenaire sexuel
- L'apparence physique d'une personne peut modifier le regard que les autres portent sur elle et leur comportement envers elle
- Prendre des médicaments pour changer l'image que l'on a de son corps (par exemple pilules amaigrissantes ou stéroïdes) afin qu'il soit conforme à des normes de beauté irréalistes et liées au genre peut être dangereux
- Il existe des moyens de se faire aider et soigner en cas de troubles dangereux du comportement alimentaire, comme l'anorexie et la boulimie

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Identifier des stéréotypes particuliers liés à la culture et aux rôles traditionnels des sexes, et l'influence de ces stéréotypes sur les personnes et leurs relations aux autres

Idées maîtresses :

- Il est possible de résister à des normes irréalistes en matière d'apparence physique
- L'image que l'on a de son corps peut influencer sur l'estime de soi, la prise de décision et le comportement

4.5 Intimité et intégrité corporelle

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Expliquer ce que signifie « droits corporels »

Idées maîtresses :

- Toute personne a le droit de décider qui peut toucher son corps, où et comment
- Chaque culture a sa propre façon de respecter l'intimité et l'intégrité corporelle

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Définir ce qu'est une « attention de nature sexuelle non désirée »

Montrer comment résister à une attention de nature sexuelle non désirée

Idées maîtresses :

- À la puberté, l'intimité corporelle devient plus importante
- L'accès à un espace privé, notamment à des toilettes et à l'eau, devient plus important pour la fille pendant la période de sa maturation sexuelle
- Toute attention de nature sexuelle non désirée et tout harcèlement envers une fille pendant sa menstruation, mais aussi, plus généralement, à toute autre période, constitue une violation de son intimité et de son intégrité corporelle
- Toute attention de nature sexuelle non désirée et tout harcèlement envers un garçon constitue une violation de son intimité et de son intégrité corporelle
- Les filles ne doivent pas avoir honte de parler de la menstruation avec des pairs, leurs parents et des enseignants
- Affirmer son droit à l'intimité est une manière de refuser un harcèlement et une attention de nature sexuelle non désirée

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Identifier les principaux éléments permettant de se prémunir contre toute atteinte de nature sexuelle

Idées maîtresses :

- Toute personne a droit au respect de son intimité et de son intégrité corporelle
- Toute personne a le droit d'avoir le contrôle et de décider librement de sa propre sexualité
- L'Internet, les téléphones mobiles et autres nouveaux médias peuvent être des vecteurs d'attention de nature sexuelle non désirée

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Expliquer comment la société, la culture, les lois et les rôles dévolus aux deux sexes peuvent influencer sur les interactions sociales et le comportement sexuel

Idées maîtresses :

- Le droit à l'intimité et à l'intégrité corporelle est inscrit dans des instruments internationaux relatifs aux droits de la personne
- Le corps de l'homme et le corps de la femme sont traités différemment et cette duplicité des normes de comportement sexuel peut avoir une incidence sur les interactions sociales et sexuelles

Concept clé 5

– Comportement sexuel

5.1 Sexe, sexualité et cycle de la vie sexuelle

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Expliquer le concept de « parties privées du corps »

Idées maîtresses :

- La plupart des enfants sont curieux de leur corps
- Il est naturel d'explorer son propre corps, y compris les parties privées de son corps

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Décrire la place de la sexualité dans le cycle de la vie humaine

Idées maîtresses :

- L'être humain naît avec la capacité de jouir de sa sexualité durant sa vie
- De nombreux garçons et filles commencent à se masturber à la puberté, parfois plus tôt⁶
- La masturbation n'est pas nuisible pour la santé physique ou mentale, mais elle doit être pratiquée en privé⁶
- Il est important de parler de sexualité avec un adulte de confiance et de l'interroger sur cette question

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Expliquer comment la sexualité s'exprime à travers le cycle de la vie

Idées maîtresses :

- Sensations, fantasmes et désirs sexuels sont naturels et surviennent durant toute la vie
- On peut décider de ne pas céder à ses sensations, fantasmes et désirs sexuels
- L'intérêt pour la sexualité peut évoluer avec l'âge et il peut se manifester durant toute la vie
- Chacun doit être tolérant et respectueux à l'égard des différentes formes d'expression de la sexualité selon la culture et l'environnement

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Définir la sexualité du point de vue de ses aspects biologiques, sociaux, psychologiques, spirituels, éthiques et culturels

Idées maîtresses :

- La sexualité est complexe et comporte une multitude d'aspects, notamment biologiques, sociaux, psychologiques, spirituels, éthiques et culturels
- La sexualité peut accroître le bien-être d'une personne, lorsqu'elle s'exprime dans un contexte de respect

6

⁶ McCary J.L. 1978. McCary's Human Sexuality. 3^e édition. New York: D. Van Nostrand and Company, p. 150 et 262. Strong, B., DeVault, C. 1988. Understanding Our Sexuality. 2^e édition. Eagan MN: West Publishing Company, p. 179-180. Haas, A., et Haas, K. 1990. Understanding Sexuality. Times Mirror/Mosby College Publishing: St. Louis. p. 207. Francoeur, R.T., Noonan, R.J. (sous la direction de). 2004. The International Encyclopaedia of Sexuality. Volume 5. New York: Continuum Intl Pub Group.

5.2 Comportement sexuel et réponse sexuelle

Objectif d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Expliquer que l'activité sexuelle est l'une des façons pour l'adulte de manifester sa tendresse et son affection

Idées maîtresses :

- L'adulte manifeste son amour et sa tendresse à une autre personne de différentes façons et, parfois, par des comportements sexuels
- S'embrasser, s'étreindre, se toucher, s'engager dans une relation sexuelle est une manière de manifester sa tendresse, son amour, son intimité physique et son bonheur
- L'enfant n'est pas préparé au contact sexuel avec une autre personne

Objectif d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Décrire la réponse de l'homme et de la femme à la stimulation sexuelle

Idées maîtresses :

- Il existe, chez l'homme et la femme, un cycle de la réponse sexuelle, durant lequel la stimulation sexuelle (physique ou mentale) peut produire une réponse physique
- À la puberté, les garçons et les filles prennent conscience de leur réponse à une attirance et à une stimulation sexuelles
- On peut avoir des pensées et des sensations sexuelles mais sans y céder et, en général, on peut les maîtriser si nécessaire
- Il existe de multiples façons pour le couple de manifester son amour, sa tendresse et son attirance sexuelle et de montrer que l'amour ne se limite pas à la sexualité
- Les relations sexuelles exigent une maturité affective et physique
- Il est important de faire preuve d'esprit critique dans le choix de ses amis et de ses relations sexuelles
- Il n'y a pas, ou rarement, de vie sexuelle sans problème ni déception

Concept clé 5

– Comportement sexuel

5.2 Comportement sexuel et réponse sexuelle (suite)

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Décrire les comportements sexuels courants

Décrire les principaux éléments du cycle de la réponse sexuelle

Idées maîtresses :

- Chaque société a ses propres mythes sur les comportements sexuels – il est important de connaître les faits
- L'abstinence consiste à choisir de ne pas avoir de rapport sexuel avec d'autres personnes et constitue le plus sûr moyen d'éviter une grossesse et des IST, y compris l'infection à VIH
- Les préservatifs et autres moyens de contraception permettent d'avoir des relations sexuelles en réduisant le risque de conséquences non désirées
- Dans des relations sexuelles sans pénétration, le risque de grossesse non désirée est nul et le risque d'IST, y compris d'infection à VIH, est réduit
- Une transaction sexuelle implique l'échange d'argent, de biens ou de protection en contrepartie de faveurs sexuelles
- Renforcer la capacité d'affirmation de soi et de refus des enfants et des jeunes peut les aider à éviter une transaction sexuelle
- Il est de la responsabilité de chacun de signaler les cas de harcèlement sexuel et de contrainte sexuelle, car ils constituent une violation des droits de la personne
- Le cycle de réponse sexuelle de l'homme et de la femme comporte de nombreuses phases qui s'accompagnent de changements physiques

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Définir les principaux éléments du plaisir sexuel et la responsabilité qui en découle

Idées maîtresses :

- Avoir des relations sexuelles n'est pas sans conséquence et comporte des responsabilités
- Une bonne communication favorise de bonnes relations sexuelles
- Il est de la responsabilité des deux partenaires sexuels d'éviter une grossesse non désirée et des IST, y compris l'infection à VIH
- De nombreux adultes ont des périodes de leur vie où ils n'ont pas de contact sexuel avec d'autres

Concept clé 6

– Santé sexuelle et reproductive

6.1 Prévention de grossesses

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Prendre en compte le fait que les couples n'ont pas tous des enfants

Idées maîtresses :

- Toute personne, sans considération de son état de santé, de sa religion, de son origine, de sa race ou de sa situation matrimoniale, peut élever un enfant et lui donner l'amour auquel il a droit
- Un enfant doit être désiré, aimé et entouré de soin
- Il existe des personnes qui ne sont pas capables de s'occuper d'un enfant

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Décrire les principaux aspects relatifs à la grossesse et à la contraception

Idées maîtresses :

- Il existe de nombreux mythes sur les préservatifs, les moyens de contraception et autres moyens d'éviter une grossesse non désirée – il est important de connaître les faits
- La méthode de contraception la plus efficace consiste à ne pas avoir de relations sexuelles
- L'usage systématique et correct du préservatif peut réduire le risque de grossesse non désirée, d'infection à VIH et autres IST
- Décider d'utiliser un préservatif ou un autre moyen de contraception est de la responsabilité de l'homme et de la femme, et les rôles traditionnels des sexes et les normes des pairs peuvent influencer sur ce type de décision
- Une grossesse s'accompagne de signes et de symptômes caractéristiques, et il existe des tests qui permettent de confirmer une grossesse
- Une grossesse non désirée à un âge précoce peut avoir des effets nuisibles sur la santé et sur la société

Concept clé 6

– Santé sexuelle et reproductive

6.1 Prévention de grossesses (suite)

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Décrire des méthodes efficaces pour prévenir une grossesse non désirée et leur efficacité respective

Expliquer le concept de vulnérabilité personnelle à une grossesse non désirée

Idées maîtresses :

- Chaque méthode de contraception a une efficacité, une action, des avantages et des effets secondaires qui lui sont propres
- S'abstenir de relations sexuelles est la méthode la plus efficace pour éviter une grossesse non désirée
- L'usage systématique et correct du préservatif peut réduire le risque de grossesse non désirée chez les femmes sexuellement actives
- La contraception d'urgence (lorsqu'elle est légale et disponible) peut éviter une grossesse non désirée, notamment en cas d'absence ou de mauvaise utilisation d'une méthode de contraception, d'échec de contraception ou d'agression sexuelle
- Les méthodes naturelles de contraception ne doivent être employées que sur avis d'un professionnel de santé spécialisé
- La stérilisation est une méthode de contraception de longue durée
- Les préservatifs et moyens de contraception sont habituellement accessibles localement - en dépit des obstacles qui, parfois, empêchent les jeunes de s'en procurer ou en limitent l'accès
- Aucun jeune sexuellement actif ne devrait se voir refuser l'accès à des préservatifs ou à des moyens de contraception en raison de sa situation de famille, de son sexe ou de son genre

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Décrire les avantages et les éventuels risques pour la personne des méthodes de contraception disponibles

Montrer de la confiance en soi pour discuter des différentes méthodes de contraception et les utiliser

Idées maîtresses :

- Le recours à la contraception peut aider des personnes sexuellement actives à planifier leur famille, ce qui représente un avantage considérable pour les individus et pour la société
- Il existe des méthodes contraceptives qui peuvent avoir des effets secondaires ou être, dans certains cas, déconseillées (ou « contre-indiquées »)
- Tout moyen de contraception, y compris le préservatif ou la contraception d'urgence, doit être correctement utilisé
- Chez les personnes sexuellement actives, le choix de la méthode ou de la combinaison contraceptive la plus appropriée dépend souvent de divers facteurs, parmi lesquels le risque perçu, le coût et la facilité d'accès

6.2 Compréhension, prise en compte et réduction du risque d'IST, y compris d'infection à VIH

Objectif d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Décrire les concepts de « santé » et de « maladie »

Idées maîtresses :

- Chacun peut choisir et adopter des comportements qui préservent et sauvegardent sa santé
- Le système immunitaire protège l'organisme contre la maladie et aide à rester en bonne santé
- Certaines maladies peuvent se transmettre d'une personne à l'autre
- Il existe des personnes qui sont atteintes d'une maladie, mais qui paraissent en bonne santé
- Toute personne - quel que soit son état de santé - a besoin d'amour, de soins et de soutien

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Expliquer le processus de transmission des IST et de l'infection à VIH, leur traitement et leur prévention

Montrer comment utiliser des techniques de communication pour pratiquer une sexualité à moindre risque

Idées maîtresses :

- Le VIH est un virus qui peut se transmettre par des contacts sexuels non protégés avec une personne infectée, la transfusion de sang contaminé, l'utilisation de seringues, d'aiguilles ou d'autres instruments coupants contaminés, ou, d'une mère infectée à son enfant, pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou par l'allaitement maternel
- Dans la grande majorité des cas, le VIH se transmet au cours de rapports sexuels avec pénétration et non protégés avec un partenaire infecté
- Le VIH ne peut pas se transmettre par contact occasionnel (par exemple en se serrant la main, en s'étreignant ou en buvant dans le même verre)
- Il existe des moyens permettant de réduire le risque d'être infecté par le VIH ou de le transmettre, en particulier avant (par exemple en utilisant un préservatif) et après (par exemple en recourant à une prophylaxie post-exposition) avoir été exposé au virus
- Il est possible de faire des tests de dépistage pour des IST courantes, telles que infection à chlamydia, gonorrhée, syphilis et infection par le VIH
- Il existe des traitements pour soigner un grand nombre d'IST
- À ce jour, il n'existe pas de remède à l'infection à VIH - bien que le traitement antirétroviral (TARV) permette de supprimer le VIH et d'arrêter la progression de la maladie communément appelée SIDA
- Les techniques de communication, de négociation et de refus peuvent aider des jeunes à résister à des pressions sexuelles non désirées ou renforcer leur intention de pratiquer une sexualité à moindre risque, y compris de faire un usage systématique et correct du préservatif et de moyens de contraception

Concept clé 6

– Santé sexuelle et reproductive

6.2 Compréhension, prise en compte et réduction du risque de IST, y compris d'infection à VIH (suite)

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Identifier des moyens spécifiques de réduire le risque d'être infecté par le VIH ou d'autres IST ou de les transmettre, notamment l'usage correct du préservatif

Expliquer comment la culture et le genre peuvent influencer sur la prise de décision personnelle en matière de relations sexuelles

Montrer comment utiliser des techniques pour négocier une sexualité à moindre risque et pour refuser des pratiques sexuelles dangereuses

Idées maîtresses :

- Il existe des moyens de prévention contre des IST, telles que infection à chlamydia, gonorrhée, syphilis et infection par le VIH et HPV (infection génitale par le virus du papillome humain)
- Ne pas avoir de relations sexuelles est le moyen le plus efficace pour se protéger contre l'infection à VIH et autres IST
- Il existe d'autres moyens pour une personne sexuellement active de réduire le risque d'être infecté par le VIH ou d'autres IST ou de les transmettre, par exemple : éviter des relations sexuelles avec pénétration, pratiquer la « monogamie mutuelle », réduire le nombre de partenaires sexuels, faire un usage systématique et correct du préservatif, éviter les partenaires concomitants multiples, pratiquer des tests de dépistage d'autres IST et suivre les traitements correspondants
- Dans certains contextes où le VIH et autres IST sont répandus, les relations entre partenaires d'âge très différents/rerelations intergénérationnelles peuvent accroître le risque d'infection par le VIH
- La prophylaxie post-exposition (PPE), ou TARV à court terme, peut réduire la probabilité d'infection par le VIH après une exposition probable
- Des services de santé sexuelle, notamment des centres CTV qui prodiguent des conseils avant et après le test, peuvent aider à évaluer le risque personnel et la vulnérabilité perçue et à explorer ses attitudes en matière de sexualité à moindre risque
- Toute personne a droit à l'anonymat⁷ relativement à sa santé et ne saurait en aucun cas être obligée de révéler son statut sérologique
- Les programmes qui promeuvent une attitude positive devant la vie peuvent apporter aux personnes vivant avec le VIH un soutien pour les aider à adopter des pratiques sexuelles à moindre risque ou à révéler volontairement leur statut sérologique à leur(s) partenaire(s)
- La culture, les normes relatives au genre et les normes des pairs peuvent avoir une influence sur la prise de décision en matière de comportement sexuel
- La consommation de drogue ou d'alcool peut empêcher de prendre des décisions rationnelles et favoriser les comportements à haut risque

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Évaluer les diverses stratégies de réduction des risques en termes d'efficacité et de préférence personnelle

Montrer comment utiliser des techniques de communication et de prise de décision pour pratiquer une sexualité à moindre risque

Idées maîtresses :

- Pratiquer une sexualité à moindre risque peut être difficile pour plusieurs raisons
- Certaines stratégies de réduction des risques offrent une double protection contre une grossesse non désirée et contre des IST, y compris l'infection à VIH
- Chez des personnes sexuellement actives, la décision à prendre concernant les stratégies de réduction des risques les plus appropriées dépend souvent de la confiance en soi, de la vulnérabilité perçue, des rôles traditionnels des sexes, de la culture et des normes des pairs
- Les techniques de communication, de négociation et de refus peuvent aider des jeunes à résister à des pressions sexuelles non désirées ou renforcer leur intention de pratiquer une sexualité à moindre risque, y compris de faire un usage systématique et correct du préservatif et de moyens de contraception

7

7 « Afin de promouvoir la santé et le développement des adolescents, les États parties sont aussi encouragés à respecter strictement leur droit à la vie privée et à la confidentialité, notamment en ce qui concerne les avis et les conseils qu'ils reçoivent sur les questions de santé (art. 16). Le personnel de santé est tenu d'assurer la confidentialité des informations médicales se rapportant aux adolescents, conformément aux principes fondamentaux de la Convention. Ces informations ne peuvent être divulguées qu'avec le consentement de l'adolescent ou dans des cas justifiant le non-respect de la confidentialité, y compris pour les adultes. Les adolescents jugés suffisamment mûrs pour recevoir des conseils sans la présence d'un parent ou d'une autre personne ont droit au respect de la confidentialité de ces entretiens et peuvent exiger la confidentialité des services, y compris des traitements qui leur sont administrés. » CRC Observation générale n° 4 (2003) par. 11. « La réalisation du droit des adolescents à la santé est fonction de la mise en place de soins de santé tenant compte des préoccupations des jeunes et respectant la confidentialité et l'intimité, y compris des services appropriés de santé sexuelle et génésique. » CRC Observation générale n° 4 (2003) par. 40b.

6.3 Stigmatisation associée au VIH et au SIDA, traitement, soins et soutien

Objectifs d'apprentissage pour le niveau I (5-8 ans)

Identifier les besoins essentiels de personnes vivant avec le VIH

Idées maîtresses :

- Toute personne a besoin d'amour et d'affection
- Les personnes vivant avec le VIH peuvent aimer et manifester leur affection et elles peuvent apporter leur contribution à la société
- Les personnes vivant avec le VIH ont des droits et elles méritent amour, respect, soins et soutien
- Il existe des traitements médicaux qui aident les personnes à vivre positivement avec le VIH

Objectifs d'apprentissage pour le niveau II (9-12 ans)

Décrire les problèmes d'ordre affectif, économique, physique et social que rencontrent les personnes vivant avec le VIH

Idées maîtresses :

- Le VIH et le SIDA influent sur la structure familiale, ainsi que sur les rôles et les responsabilités au sein de la famille
- Prendre connaissance de son statut sérologique peut causer un choc émotionnel
- Révéler son statut sérologique peut avoir des effets négatifs, tels que rejet, stigmatisation, discrimination et violence
- La stigmatisation, y compris l'auto-stigmatisation, peut faire obstacle à l'accès et à l'utilisation de services de traitement, de soins et de soutien
- Les besoins affectifs, sanitaires, nutritionnels et physiques des enfants rendus orphelins ou vulnérables par le SIDA peuvent nécessiter une attention particulière
- La charge virale (quantité de VIH circulant dans l'organisme) des personnes vivant avec le VIH est variable et joue un rôle important dans le risque de transmission du VIH
- Le traitement du VIH est un traitement à vie, et s'accompagne souvent d'effets secondaires et d'autres difficultés qui peuvent nécessiter de porter une attention particulière à la nutrition
- Les enfants et les jeunes peuvent aussi bénéficier d'un traitement, mais, à la puberté, une attention particulière est indispensable pour garantir le dosage et l'observance corrects du traitement

Objectifs d'apprentissage pour le niveau III (12-15 ans)

Expliquer l'importance et les principaux éléments d'une façon de vivre positivement avec le VIH

Idées maîtresses :

- Des programmes d'éducation sexuelle destinés à des personnes vivant avec le VIH peuvent les encourager à pratiquer une sexualité à moindre risque et à communiquer avec leur(s) partenaire(s)
- Les personnes vivant avec le VIH doivent pouvoir exprimer leur amour et leurs sentiments, se marier ou s'engager sur le long terme et fonder une famille si tel est leur choix
- Il existe habituellement des groupes et des mécanismes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH
- La discrimination envers des personnes en raison de leur statut sérologique est illégale

Objectifs d'apprentissage pour le niveau IV (15-18 ans)

Définir les concepts et causes de stigmatisation et de discrimination envers des personnes vivant avec le VIH

Idées maîtresses :

- La stigmatisation et la discrimination envers des individus et des communautés peuvent entraver l'accès à l'éducation, l'information et autres services, et accroître leur vulnérabilité
- Les personnes vivant avec le VIH sont souvent d'ardents défenseurs de leurs droits et le soutien d'autres personnes en la matière est de nature à les encourager
- Les personnes vivant avec le VIH sont souvent mieux placées, du fait de leur expérience personnelle, pour éduquer et mobiliser les jeunes et elles peuvent prodiguer des conseils et un soutien aux jeunes

Références bibliographiques

ONUSIDA. 2008. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2008. Genève : ONUSIDA.

ONUSIDA. 2006. *Scaling up access to HIV prevention, treatment, care and support. The next steps*. [Élargir l'accès à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien autour du VIH : Prochaines étapes]. Genève : ONUSIDA.

Programmes scolaires, manuels de formation, directives et normes

CDC. 2008. *Healthy Youth! National Health Education Standards 1-8, CDC School Health Education Resources*. Atlanta: CDC.

Deutsch, C. et al. 2005. *Standards for Peer Education Programmes: Youth Peer Education Network*. New York: FNUAP et Family Health International.

Internationale de l'éducation et OMS. 2001. Manuel de formation et de documentation de référence sur l'éducation à la santé et la prévention du VIH/SIDA et des IST à l'école. Bruxelles : Internationale de l'éducation (IE) et Organisation mondiale de la santé (OMS).

IPPF. 2006. Le cadre de l'IPPF pour une éducation sexuelle intégrée. Londres: Fédération internationale pour le planning familial.

IPPF. 1997. *Charte de l'IPPF sur les droits en matière de sexualité et de reproduction*. Londres : Fédération internationale pour le planning familial.

Ministère de l'éducation et de la jeunesse de la Jamaïque et Caribbean Consulting Group. 2007. *Health and Family Life Education Curriculum Grades 1-6*. Caribbean Consulting Group. Brooklyn: Caribbean Consulting Group.

Ministère de l'éducation et de la jeunesse de la Jamaïque et Caribbean Consulting Group. 2007. *Health and Family Life Education Curriculum Grades 7-9*. Brooklyn: Caribbean Consulting Group.

Mercy Corps. Novembre 2007. *Commitment to Practice: A Playbook for Practitioners in HIV, Youth and Sport*. Portland: Mercy Corps.

Department of Education de New York City. 2005. *HIV/AIDS Curriculum Overview*. New York: Department of Education de New York City.

PATH. 2006. *Tuko Pamoja: A Guide for Talking with Young People about their Reproductive Health*. Nairobi: Programme for Appropriate Technology in Health.

Senderowitz, J., Kirby, D. 2006. *Standards for Curriculum-Based Reproductive Health and HIV Education Programmes*. Washington, D.C.: Family Health International.

SIECUS. 2006. *Establishing National Guidelines for Comprehensive Sexuality Education: Lessons and Inspiration from Nigeria*. New York: SIECUS.

SIECUS. 2000. *Developing Guidelines for Comprehensive Sexuality Education*. New York: SIECUS.

Department of Education de l'État du New Jersey. 2006. *New Jersey Core Curriculum Content Standards for Comprehensive Health and Physical Education*. Trenton: Department of Education de l'État du New Jersey.

Svenson, G. R. 1998. *Recommandations européennes sur la prévention par les pairs en matière de SIDA chez les jeunes*. Bruxelles : Commission européenne.

ONUSIDA. 2007. *Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH : en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA.

UNESCO. 2005. *Reducing HIV/AIDS Vulnerability Among Students in the School Setting: A Teacher Training Manual*. Bangkok : UNESCO.

Bureau international d'éducation de l'UNESCO. 2006. *Manuel pour l'intégration de l'éducation VIH et SIDA dans les curricula officiels*. Genève : Bureau international d'éducation de l'UNESCO.

Articles et présentations PowerPoint accessibles en ligne

Asian Pacific Resource and Research Centre for Women. 2005. *Arrows for Change: Women's, Gender and Rights Perspectives in Health Policies and Programmes*. Vol. 11 Numéro spécial. Kuala Lumpur: ARROW.

Chingandu, L. 2008. *Multiple Concurrent Partnerships: The story of Zimbabwe—Are small houses a key driver?* Zimbabwe: Southern Africa HIV and AIDS Information Dissemination Service. <http://www.comminit.com/en/node/278405/38>

Chinvarasopak, W. 2008. *Teachers and Sex: Uneasy Bedfellows? The Experience of the Teenpath Project*, Présentation PowerPoint diffusée lors de la Conférence internationale sur le SIDA, Mexico, 3-8 août 2008. <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSAT2403.ppt>

Delaney, M. G. 2008. *Prevention through Education*, Présentation PowerPoint diffusée lors de la première Réunion des Ministres de la santé et de l'éducation pour endiguer le VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes, Mexico, 1^{er} août 2008. <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSAT2404.ppt>

Exchange Magazine. 2008. *Gender Violence, HIV and AIDS*. Échanges sur le VIH et le SIDA, la sexualité et la sexospécificité. n° 3. Amsterdam: Royal Tropical Institute. <http://www.kit.nl/smartsite.shtml?ch=FAB&id=10488&IssueID=3&Year=2008>

Family Health International. 2007. *New Websites Make Information About Youth More Accessible*. Durham: Family Health International. <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/e6k4h7j3p5euhcx43e55pdtsqxx2746tzd2hots7j5iyr6pv4cnbhjoqwyf6dc64ebf6yredaqhazf/YL23e.pdf>

Hearst, N. 2007. *AIDS Prevention in Generalized Epidemics: What Works?* Témoignage devant le Sénat, 11 décembre 2007. http://help.senate.gov/Hearings/2007_12_11/Hearst.pdf

IRIN Plus News. 2008. *South Africa: Sex Education—The Ugly Stepchild in Teacher Training*, IRIN Plus News, 22 mai 2008. <http://www.plusnews.org/Report.aspx?ReportId=78357> .

IRIN Plus News. 2008. *Mind Your Language: A Short Guide to HIV/AIDS Slang*, IRIN Plus News, 18 juin 2008. <http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=78809>

IRIN Plus News. 2008. *Kenya: More Education Equals Less Teen Pregnancy and HIV*, IRIN Plus News, 25 juillet. <http://www.irinnews.org/report.aspx?ReportID=79456>

- Kaiser Daily Health Policy Report. 2008. *HIV/AIDS Hinders Children's Access to Education*, UNDP Official Says. Kaiser Daily Health Policy Report, 16 juin 2008. http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=52746
- Kaiser Daily HIV/AIDS Report. 2008. *HIV/AIDS Campaign Launched In Tanzania To Address Issues of Multiple Sex Partners*. Global Challenges, 27 octobre 2008. <http://www.medicalnewstoday.com/articles/127122.php>
- Kamugisha, N.E. 2007. *An Improved School Environment Contributes to Quality Adolescent Sexual and Reproductive Health*. Présentation PowerPoint, Kampala, Ouganda: Straight Talk Foundation. http://www.jhsph.edu/gatesinstitute/_pdf/policy_practice/adolhealth/presentations/.../3C_Namayanja_Improved%20School%20Environment.pdf
- Kirby, D. 2008. *Abstinence and Comprehensive Sex/HIV Education Programmes: Their Impact on Behaviour in Developed and Developing Countries*. Présentation PowerPoint diffusée lors de la Conférence internationale sur le SIDA, Mexico, 3-8 août 2008. <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSY0301.ppt>
- Knerr, W., Philpott, A. 2008. *Global Mapping of Pleasure: A directory of organizations, programmes, media and people who eroticize safer sex*. Oxford: The Pleasure Project. [http://www.thepleasureproject.org/content/File/Global%20Mapping%20of%20Pleasure_2nd%20Ed_lo%20res\(1\).pdf](http://www.thepleasureproject.org/content/File/Global%20Mapping%20of%20Pleasure_2nd%20Ed_lo%20res(1).pdf)
- Maticka-Tyndale, E. 2008. *Sustainability of Gains Made in a Primary School HIV Prevention Programme in Kenya into the Secondary School Years*. Présentation PowerPoint diffusée lors de la Conférence ayant pour thème Investir dans la santé et le développement des jeunes, qui s'est tenue à Abuja, Nigéria, 27-29 avril. http://www.jhsph.edu/gatesinstitute/_pdf/policy_practice/adolhealth/presentations/.../3C_Maticka-Tyndale_2ary%20school%20Kenya.pdf
- Mulama, S. 2007. *The Sexuality Education Needs of Teacher Trainees in Kenya*. Lagos: Africa Regional Sexuality Resource Centre. <http://www.arsrc.org/downloads/sldf/FinalReport%20Stella%20Mulama2006.pdf>
- Phamotse, P. 2008. *HIV & AIDS and the Education Sector in Lesotho*. Présentation PowerPoint réalisée par Chris Castle lors de la Conférence internationale sur le SIDA, Mexico, 3-8 août 2008. <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSAT2402.ppt>
- Philemon, L. 2008. *Multiple Concurrent Partnerships Make HIV/AIDS A Quagmire*. Guardian/IPP Media, 24 octobre. <http://kurayangu.com/ipp/guardian/2008/10/24/125038.html>
- Star Schools Project. <http://starschool.brimstone.net/> (Accès le 30 juin 2008).
- UN. 2008. *New Report Says Some Cultural Factors Influencing Spread of AIDS Are Specific to Africa*. Communiqué de presse. New York: Nations Unies. <http://www.thebody.com/content/world/art47245.html>
- UNESCO. (ATTENTION: Il s'agit d'une publication de «Family Health International» et non pas de l'UNESCO) 2005. *Adolescence Education: Newsletter for policy makers, programme managers and practitioners*. Vol. 8, n° 1. http://www.unescobkk.org/fileadmin/user_upload/arsh/AEN/AEN_June05.pdf
- UNICEF. Les enfants et le VIH/SIDA http://www.unicef.org/french/aids/index_introduction.php.



Annexes

Annexe I

Conventions et accords internationaux relatifs à l'éducation sexuelle

Comité des droits de l'enfant des Nations Unies. CRC/GC/2003/4, 1er juillet 2003. Observation générale n° 4 : La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC)⁸

« Le Comité demande aux États parties d'élaborer et de mettre en œuvre, d'une manière qui corresponde au développement des capacités de l'adolescent, des mesures législatives, des politiques et des programmes visant à promouvoir la santé et le développement des adolescents (...) b) en fournissant les informations et l'appui nécessaires aux parents pour favoriser l'instauration d'une relation de confiance qui permette d'aborder ouvertement par exemple des questions de sexualité, de comportements sexuels et de modes de vie à risque, et de trouver des solutions acceptables compatibles avec le respect des droits des adolescents (par. 3 de l'article 27) ; » (CRC/GC/2003/4, par. 16)

« Les adolescents ont le droit d'avoir accès aux informations nécessaires à leur santé et à leur épanouissement et susceptibles de favoriser leur pleine participation à la vie sociale. Les États parties ont pour obligation de veiller à ce que tous les adolescents, filles ou garçons, scolarisés ou non, aient accès sans réserve à une information précise et bien conçue sur la manière de protéger leur santé et leur épanouissement et d'adopter des comportements favorables à la santé. Il s'agit notamment d'informations relatives à la consommation et à l'abus de tabac, d'alcool et d'autres substances, aux comportements sexuels sans danger et aux comportements sociaux respectueux d'autrui, au régime alimentaire et à l'activité physique. » (CRC/GC/2003/4, par. 26)

8 ONU. 2003. Comité des droits de l'enfant des Nations Unies. Observation générale n° 4 : La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC). CRC/GC/2003/4. New York : ONU. Voir aussi : ONU. 1989. Convention internationale droits de l'enfant. New York : ONU.

Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. E/C.12/2000/4, 11 août 2000. Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14⁹

« Le Comité interprète le droit à la santé, tel que défini au paragraphe 1 de l'article 12, comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que [...] l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. » (E/C.12/2000/4, par. 11)

« En vertu du paragraphe 2 de l'article 2 et de l'article 3, le Pacte proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/SIDA), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé.(...) » (E/C.12/2000/4, par. 18)

« Pour faire disparaître la discrimination à l'égard des femmes, il faut élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale globale en vue de promouvoir leur droit à la santé tout au long de leur vie. Une telle stratégie devrait prévoir des interventions visant à prévenir les maladies dont elles souffrent et à les soigner, ainsi que des mesures

9 ONU. 2000. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14. E/C.12/2000/4. New York : ONU.

qui leur permettent d'accéder à une gamme complète de soins de santé de qualité et d'un coût abordable, y compris en matière de sexualité et de procréation. Réduire les risques auxquels les femmes sont exposées dans le domaine de la santé, notamment en abaissant les taux de mortalité maternelle et en protégeant les femmes de la violence familiale, devrait être un objectif majeur. La réalisation du droit des femmes à la santé nécessite l'élimination de tous les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé, ainsi qu'à l'éducation et à l'information, y compris en matière de santé sexuelle et génésique. Il importe également de prendre des mesures préventives, incitatives et correctives pour prémunir les femmes contre les effets de pratiques et de normes culturelles traditionnelles nocives qui les empêchent d'exercer pleinement leurs droits liés à la procréation. » (E/C.12/2000/4, par. 21)

Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. A/61/611, 6 décembre, 2006. Article 25 – Santé¹⁰

« Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation. En particulier, les États parties :

- (a) Fournissent aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris des services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires... »

Programme d'action (POA) de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)¹¹

« Tous les pays devront s'efforcer de permettre le plus tôt possible et au plus tard en l'an 2015 l'accès, par l'intermédiaire de leur réseau de soins de santé primaires, aux services de santé en matière de reproduction à tous les individus aux âges appropriés. Dans le cadre des soins de santé primaires, il faut entendre notamment par

soins de santé en matière de reproduction : l'orientation, l'information, l'éducation, la communication et les services en matière de planification familiale ; l'éducation et les services relatifs aux soins prénatals, à l'accouchement sans risque et aux soins postnatals, en particulier l'allaitement naturel, les soins dispensés aux nourrissons et aux femmes ; la prévention et le traitement de la stérilité ; l'avortement tel qu'il est décrit au paragraphe 8.25, y compris la prévention de l'avortement et les moyens de faire face aux conséquences de cette pratique ; le traitement des affections de l'appareil génital ; les maladies sexuellement transmissibles et autres conditions de santé en matière de reproduction ; et le cas échéant, l'information, l'éducation et l'orientation en matière de sexualité humaine, de santé en matière de reproduction et de parenté responsable. » (CIPD POA, par. 7.6)

« Des programmes originaux devront être mis au point pour mettre l'information, les services d'orientation et de santé en matière de reproduction à la disposition des adolescents et des hommes adultes. Ces programmes devront à la fois transmettre des connaissances aux hommes et les convaincre non seulement de prendre une part plus égale de responsabilité dans la planification familiale, les soins domestiques et l'éducation des enfants, mais encore d'accepter leur part prépondérante de responsabilité dans la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Ces programmes devront être proposés aux hommes sur leur lieu de travail, au foyer et dans les endroits où ils occupent leurs loisirs. Ils devront aussi être proposés aux enfants et aux adolescents, avec l'appui et les conseils de leurs parents et conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant, par l'intermédiaire des écoles, des organisations de jeunes et partout où les jeunes se retrouvent. Des méthodes masculines appropriées de contraception, acceptées de plein gré, ainsi que de prévention des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA devront être développées et mises à la disposition du public, de même que des services d'information et d'orientation appropriés. » (CIPD POA, par. 7.9)

« Il s'agit de : (a) Promouvoir le bon développement d'une sexualité responsable permettant des relations d'égalité et de respect mutuel entre les sexes et contribuant à améliorer la qualité de la vie des individus ; (b) Faire en sorte que les femmes et les hommes aient accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour jouir d'une bonne santé sexuelle et exercer leurs droits et responsabilités en matière de procréation. » (CIPD POA, par. 7.36)

10 ONU. 2006. Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. A/61/611. New York : ONU.

11 ONU. 1994. Conférence internationale sur la population et le développement. Programme d'action. New York : ONU.

« Il faudra encourager, avec l'appui et les conseils des parents et conformément à la Convention relative aux droits

de l'enfant, une éducation et des services intégrés relatifs à la sexualité à l'intention des jeunes, qui les sensibilisent à leurs responsabilités d'hommes en ce qui concerne leur santé sexuelle et leur fécondité et qui les aident à assumer ces responsabilités. Ces actions éducatives devraient commencer dans la famille, la communauté et en milieu scolaire à l'âge voulu, mais aussi viser la population adulte, en particulier masculine, par des programmes éducatifs extrascolaires et toute une gamme de mesures prises au niveau de la communauté locale. » (CIPD POA, par. 7.37)

« Étant donné la nécessité pressante d'éviter les grossesses non désirées, la propagation du SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles et le phénomène des violences et des sévices sexuels, les gouvernements devront asseoir leurs politiques nationales sur une meilleure compréhension de la nécessité d'une sexualité responsable et de la réalité actuelle des comportements sexuels. » (CIPD POA, par. 7.38)

« Les parents et les autres personnes légalement responsables d'adolescents ayant le droit, le devoir et la responsabilité d'orienter et de guider comme il convient l'adolescent en matière de sexualité et de procréation, compte tenu du développement de ses capacités, les pays doivent veiller à ce que les programmes et l'attitude des prestataires de soins de santé ne restreignent pas l'accès des adolescents aux services et à l'information dont ils ont besoin, notamment en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles et les violences sexuelles. À cet effet et, notamment, pour remédier à de telles violences, ces services doivent protéger le droit des adolescents au respect de leur vie privée, à la confidentialité, à la dignité et celui de donner leur consentement en connaissance de cause, tout en respectant les valeurs culturelles et les convictions religieuses. À cet égard, les pays devraient, s'il y a lieu, supprimer les dispositions législatives, réglementaires et sociales qui empêchent de fournir aux adolescents des informations sur la santé en matière de procréation ou des soins dans ce domaine. » (CIPD POA, par. 7.45)

« Avec l'appui de la communauté internationale, les pays devront protéger et promouvoir le droit des adolescents à l'éducation, à l'information et aux soins dans le domaine de la santé en matière de reproduction et faire en sorte que le nombre des grossesses d'adolescentes diminue considérablement. » (CIPD POA, par. 7.46)

« Les gouvernements, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, sont invités à reconnaître que les adolescents ont des besoins particuliers et à mettre en oeuvre les programmes qui permettront de répondre à ces besoins. Ces programmes devraient comprendre des

mécanismes d'appui à l'éducation et à l'orientation des adolescents dans des domaines tels que les relations entre hommes et femmes et l'égalité entre les sexes, la violence à l'encontre des adolescents, un comportement sexuel responsable, la planification responsable de la famille, la vie familiale, la santé en matière de reproduction, les maladies sexuellement transmissibles, la contamination par le VIH et la prévention du SIDA. Les adolescents devraient bénéficier de programmes pour la prévention et le traitement des sévices sexuels et de l'inceste ainsi que d'autres services de santé en matière de reproduction. De tels programmes devraient fournir aux adolescents les informations dont ils ont besoin et viser délibérément à renforcer des valeurs culturelles et sociales positives. Les adolescents qui ont une activité sexuelle auront besoin d'informations, d'une orientation et de services spécifiques dans le domaine de la planification familiale, et les adolescentes qui se retrouvent enceintes auront besoin d'un appui particulier de leur famille et de la collectivité au cours de leur grossesse et de la petite enfance de leur bébé. Les adolescents doivent être pleinement associés à la planification, à la fourniture et à l'évaluation de ces informations et de ces services, compte dûment tenu des orientations et des responsabilités parentales. » (CIPD POA, par. 7.47)

« Les programmes devraient faire participer et former tous ceux qui sont susceptibles d'orienter les adolescents sur la voie d'un comportement sexuel et procréateur responsable, notamment les parents et les familles, ainsi que les collectivités, les établissements religieux, les établissements d'enseignement, les médias et les pairs. Les gouvernements et les organisations non gouvernementales devraient promouvoir des programmes d'éducation des parents, visant à améliorer les relations entre parents et enfants de façon que les parents soient mieux à même de s'acquitter du devoir qui leur incombe de favoriser le processus de maturation de leurs enfants, notamment dans le domaine du comportement sexuel ainsi que de la santé en matière de procréation. » (CIPD POA, par. 7.48)

Organisation des Nations Unies. A/S-21/5/Add.1, 1^{er} juillet 1999. Examen et évaluation d'ensemble de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD + 5)¹²

« Les gouvernements, en collaboration avec la société civile, y compris les organisations non gouvernementales, les donateurs et le système des

12 ONU. 1999. Examen et évaluation d'ensemble de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. A/S-21/5/Add.1. New York : ONU.

Nations Unies, devraient : (a) Accorder un rang de priorité élevé à la santé en matière de sexualité et de reproduction dans le contexte plus large de la réforme du secteur de la santé, y compris le renforcement des systèmes de santé de base, dont peuvent bénéficier en particulier les pauvres ; (b) Veiller à ce que les politiques, les plans stratégiques et les services de santé en matière de sexualité et de reproduction sous tous leurs aspects respectent tous les droits fondamentaux, y compris le droit au développement, et que ces services répondent aux besoins en matière de santé à tous les stades de la vie, y compris les besoins des adolescents, remédient aux inégalités et aux injustices dues à la pauvreté, au sexe et à d'autres facteurs, et assurent un accès équitable à l'information et aux services ; (c) Faire participer régulièrement tous les secteurs concernés, y compris les organisations non gouvernementales, et tout particulièrement les organisations de femmes et de jeunes et les associations professionnelles, à l'élaboration, à l'application, au contrôle de la qualité, au suivi et à l'évaluation des politiques et programmes afin de s'assurer que les services de santé en matière de sexualité et de reproduction et les informations connexes répondent aux besoins des individus et respectent leurs droits fondamentaux, y compris le droit d'accès à des soins de qualité ; (d) Mettre en place des services et des programmes de santé complets et accessibles, y compris de santé en matière de sexualité et de reproduction, pour les communautés autochtones, avec leur entière participation, de manière à répondre aux besoins et à tenir compte des droits des populations autochtones ; [...] » (A/S-21/5/Add.1, par. 52(a)-(d))

Programme d'action (PFA) de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (FWCW) de l'Organisation des Nations Unies¹³

« Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences. » (FWCW PFA, par. 96)

« Les gouvernements, les organisations internationales, notamment les organismes compétents des Nations Unies, les donateurs bilatéraux et multilatéraux et les organisations non gouvernementales devraient [...] (k) S'attacher à promouvoir le respect mutuel et l'égalité dans les relations entre les sexes et, en particulier, à fournir aux adolescents l'éducation et les services dont ils ont besoin pour pouvoir vivre leur sexualité de façon constructive et responsable ; » (FWCW PFA, par. 108(k) et A/S-21/5/Add.1, par. 71(j))

« Les gouvernements, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, les organes d'information, le secteur privé et les organismes internationaux compétents, notamment les organismes des Nations Unies, devraient, selon qu'il convient [...] (g) Reconnaître les besoins spécifiques des adolescents et mettre en œuvre des programmes appropriés, d'éducation et d'information, par exemple, sur les questions de santé se rapportant à la sexualité et à la procréation et sur les maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida, compte tenu des droits de l'enfant et des droits, devoirs et responsabilités des parents tels qu'ils sont rappelés au paragraphe 107 (e) ; » (FWCW PFA, par. 107(g))

Organisation des Nations Unies. A/RES/S-26/2, 2 août 2001. Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/ SIDA, Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA ¹⁴

« Nous, chefs d'État et de gouvernement et représentants d'État et de gouvernement, Déclarons solennellement que nous nous engageons à rechercher des solutions à la crise du VIH/SIDA en adoptant les mesures suivantes [...] D'ici à 2003, élaborer ou renforcer des stratégies, politiques et programmes qui reconnaissent l'importance du rôle de la famille dans la réduction de la vulnérabilité, en ce qui concerne notamment l'éducation et l'encadrement des enfants, et tiennent compte des facteurs culturels, religieux et éthiques, afin de réduire la vulnérabilité des enfants et des jeunes, en assurant l'accès des filles et des garçons à l'enseignement primaire et secondaire, dont les programmes doivent notamment prévoir des cours sur le VIH/SIDA à l'intention des adolescents; en assurant un environnement sans danger, notamment pour les jeunes filles ; en développant des services d'information, d'éducation en matière d'hygiène sexuelle et de conseils de qualité axés sur les besoins des jeunes ; en renforçant les programmes dans les

13 ONU. 1995. Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes. Programme d'action. New York : ONU.

14 ONU. 2001. Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. A/RES/S-26/2. New York : ONU.

domaines de la santé en matière de procréation et de l'hygiène sexuelle ; et en associant dans la mesure du possible les familles et les jeunes à la planification, à l'application et à l'évaluation des programmes de prévention du VIH/SIDA et de soins ; » (par. 63)

Plus généralement, référence pourra également être faite aux textes suivants :

- Le Cadre d'action de Dakar 2000 sur l'Éducation pour tous (EPT)¹⁵ souligne, dans l'un de ses six objectifs, la nécessité d'offrir aux jeunes des programmes conviviaux qui fournissent les informations, les compétences pratiques, l'aide et les services nécessaires pour les protéger contre les risques et les menaces qui limitent leurs possibilités d'apprendre et constituent une difficulté majeure pour les systèmes éducatifs, tels que grossesses pendant la scolarité et pandémie du SIDA.
- EDUSIDA ¹⁶, initiative de l'ONUSIDA pour une réponse globale du secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA menée sous la conduite de l'UNESCO, recommande l'application de programmes scolaires d'éducation au VIH et au SIDA en milieu scolaire « commençant tôt, avant les premières relations sexuelles », « renforçant les connaissances et les compétences pour réduire les comportements à risque et réduire les vulnérabilités », et « luttant contre la stigmatisation et la discrimination, l'inégalité des sexes et autres vecteurs structurels de l'épidémie ».
- L'Organisation mondiale de la santé ¹⁷ (OMS, 2004) conclut à l'importance capitale que l'éducation sexuelle débute tôt, en particulier dans les pays en développement, parce que c'est durant les premières années de cycle secondaire que les filles sont les plus exposées aux conséquences d'une activité sexuelle et que, en commençant une éducation sexuelle dès l'école primaire, il est aussi possible d'atteindre des élèves qui ne pourront pas fréquenter des établissements d'enseignement secondaire. Les principes directeurs établis par le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS appellent les États membres à faire en sorte qu'une éducation sexuelle et reproductive globale soit intégrée dans tous les programmes scolaires d'enseignement secondaire.¹⁸

- L'ONUSIDA ¹⁹ a conclu que les approches de l'éducation pour la santé sexuelle qui commencent à dispenser une éducation aux jeunes avant le début de la vie sexuelle étaient les plus efficaces.²⁰ L'ONUSIDA recommande l'application de programmes de prévention du VIH complets, de haute qualité et fondés sur des données probantes, qui favorisent l'égalité des sexes et prennent en compte les relations et les normes relatives au genre et qui délivrent une information exacte et explicite sur les pratiques sexuelles à moindre risque, en particulier l'usage systématique et correct de préservatifs masculins et féminins.

15 UNESCO. 2000. Cadre d'action de Dakar - L'Éducation pour tous : tenir nos engagements collectifs. Paris : UNESCO.

16 UNESCO. 2008. EDUSIDA : cadre d'action. Paris : UNESCO.

17 OMS. 2004. Adolescent Pregnancy Report. Genève : OMS

18 OMS. 2001. WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Copenhague : OMS, Bureau régional pour l'Europe.

19 ONUSIDA. 2005. Intensification de la prévention du VIH, supra note 26, à 33. Genève : ONUSIDA.

20 ONUSIDA. 1997. Influence de l'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : un bilan actualisé. Genève : ONUSIDA.

Annexe II

Plan d'entretien et méthodologie

Le consultant a interrogé des parties prenantes/informateurs principaux afin de répertorier les meilleures pratiques en matière d'élaboration et de mise en œuvre de programmes formels et scolaires d'éducation sexuelle en milieu scolaire dans des pays en développement, spécialement en Afrique subsaharienne. Y ont, toutefois, été ajoutées des informations relatives à des approches particulièrement innovantes mises au point en Europe et en Amérique du Nord.

En général,

- A) les informateurs principaux ont, dans un premier temps, été contactés par téléphone ou courriel et une demande d'entretien leur a été adressée ;
- B) les informateurs principaux ayant donné leur accord, et leur consentement éclairé pour participer ont reçu, par courriel, un guide d'entretien semi-structuré de telle sorte qu'ils puissent, à leur gré, préparer l'entretien ou répondre par écrit ;
- C) des dispositions ont été prises pour que le rendez-vous téléphonique avec chaque participant à l'enquête ait lieu à la date et à l'heure convenues ;
- D) les participants ont été contactés et interrogés lors d'un entretien semi-structuré, téléphonique ou en tête à tête, et leurs réponses ont été enregistrées, transcrites et compilées sous forme de données de référence pour servir de base à l'élaboration de la version préliminaire des Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle.

Au total, 11 entretiens approfondis ont été réalisés selon une liste de questions préétablies en s'aidant d'un guide d'entretien semi-structuré. L'outil était

conçu dans le but de recueillir des données sur les meilleures pratiques en matière d'élaboration et de mise en œuvre de programmes formels et de scolaires d'éducation sexuelle en milieu scolaire. Le questionnaire semi-structuré comportait des questions intentionnellement ouvertes, et les entretiens avec les informateurs principaux étaient structurés de façon relativement souple afin d'encourager la libre circulation de l'information et des idées et de concentrer, autant que possible, l'attention sur leur(s) domaine(s) de spécialisation, tout en suscitant leurs commentaires et leurs réponses.

Huit entretiens ont été menés par téléphone, et un entretien en tête à tête. Deux informateurs principaux ont préféré rédiger leurs réponses par écrit plutôt que d'être interrogés par téléphone, et deux informateurs ont soumis des réponses écrites en complément des informations fournies au cours de l'entretien téléphonique. Les entretiens téléphoniques ont duré entre une demie heure et deux heures et demie.

En outre, quatre entretiens plus informels ont été effectués avec des personnes ne figurant pas sur la liste des informateurs principaux à contacter, mais considérées comme possédant une connaissance ou une expérience particulière potentiellement digne d'intérêt. Il s'agit de Novia Condell, UNICEF Jamaïque, de Shirley Oliver-Miller, consultant indépendant en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents, et de Bill Finger et Karah Fazekas, membres de Family Health International (FHI). Les informations ainsi obtenues, bien qu'utiles, ont été d'une portée plus limitée ; c'est pourquoi leurs réponses n'ont pas été transcrites et compilées avec les réponses fournies par les autres informateurs principaux.

Plan du questionnaire d'entretien semi-structuré

1. Que pouvez-vous dire de votre expérience en matière d'élaboration et de mise en œuvre de programmes d'éducation sexuelle dans les écoles ou dans le secteur de l'éducation formelle ?
2. Quels sont les points qui ont soulevé des difficultés ?
3. Qu'est-ce qui a réussi ? Qu'est-ce qui a été efficace ?
4. Quels sont les principaux éléments qui caractérisent des programmes d'éducation sexuelle de qualité ?
5. Quelle est, pour un ministère de l'éducation, la meilleure façon de collaborer avec des écoles pour les aider à promouvoir et à mettre en œuvre une approche globale de l'éducation sexuelle ?
6. Comment inciter les écoles et les communautés à adopter des approches orientées vers une éducation sexuelle globale plutôt que des approches prônant la seule abstinence jusqu'au mariage ?
7. Quel est le ou quels sont les meilleurs programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire que vous connaissez ?
8. Comment faudrait-il enseigner le programme (quels sont les points d'entrée) à l'école (par exemple en tant que matière séparée, incorporé dans une matière porteuse ou intégré dans l'ensemble du programme scolaire) ?
9. Quel est, pour un ministère de l'éducation, le meilleur processus (ou les pratiques les plus prometteuses) à appliquer pour élaborer et mettre en œuvre un programme d'éducation sexuelle à l'école ?
10. Quels sont les points importants à inclure dans des Principes directeurs internationaux à l'intention de ministères et de responsables des politiques pour les aider à mettre en œuvre des programmes de qualité ?

Annexe III

Données détaillées concernant les personnes contactées et les informateurs principaux

Nom, titre et organisme	Pays/Région	Domaine(s) de compétences
Maria Bakaroudis Consultante indépendante	Malawi	Recherche et appui technique
Sanja Cesar Directeur de programme, Centre pour l'éducation, le conseil et la recherche	Croatie	Mise en œuvre et plaidoyer
Esther Corona Mexican Association for Sex Education et World Association for Sexual Health	Mexique et Amérique latine	Mise en œuvre et plaidoyer
Akinyele Dairo FNUAP	Afrique subsaharienne	Mise en œuvre et appui technique
Nike Esiet Directeur exécutif, Action Health, Inc. (AHI)	Nigéria	Mise en œuvre et plaidoyer
Christopher Graham Ministère de l'éducation de la Jamaïque	Jamaïque et Caraïbes	Mise en œuvre et plaidoyer
Helen Mondoh Professeur en sciences de l'éducation, Université d'Egerton	Kenya	Mise en œuvre et recherche
Lisa Mueller Program for Appropriate Technology in Health, PATH	Botswana, Chine, Ghana et République-Unie de Tanzanie	Mise en œuvre et appui technique
Tajudeen Oyewale UNICEF	Nigéria	Recherche et mise en œuvre
Jenny Renju Liverpool School of Tropical Medicine, National Institute for Medical Research Tanzanie	République-Unie de Tanzanie	Mise en œuvre et plaidoyer

Annexe IV

Liste des participants

à la consultation technique mondiale de l'UNESCO sur l'éducation sexuelle, aux relations interpersonnelles et au VIH et autres IST, 18-19 février 2009, San Francisco, États-Unis

Prateek Awasthi

UNFPA
Sexual and Reproductive Health Branch
Technical Division
220 East 42nd Street
New York, New York 10017, États-Unis d'Amérique
<http://www.unfpa.org/adolescents/>

Arvin Bhana

Child, Youth, Family & Social Development
Human Sciences Research Council (HSRC)
Private Bag X07
Dalbridge, 4014, Afrique du Sud
<http://www.hsrc.ac.za/CYFSD.phtml>

Chris Castle

UNESCO
Section VIH et SIDA

Division de la coordination des priorités des Nations Unies en matière d'éducation

7, place de Fontenoy 75352 Paris, France
<http://www.unesco.org/aids>

Dhianaraj Chetty

Action Aid International
Post Net suite # 248
Private bag X31 Saxonwold 2132
Johannesburg, Afrique du Sud
<http://www.actionaid.org/main.aspx?PageID=167>

Esther Corona

Mexican Association for Sex Education/World
Association for Sexual Health (WAS)
Av de las Torres 27 B 301
Col Valle Escondido, Delegación Tlalpan México
14600 D.F., Mexique
esthercoronav@hotmail.com
<http://www.worldsexology.org/>

Mary Guinn Delaney

UNESCO Santiago
Enrique Delpiano 2058
Providencia
Santiago, Chili
<http://www.unesco.org/santiago>

Nanette Ecker

nanetteecker@verizon.net
<http://www.siecus.org/>

Nike Esiet

Action Health, Inc. (AHI)
17 Lawal Street
Jibowu, Lagos, Nigéria
<http://www.actionhealthinc.org/>

Peter Gordon

Basement Flat
27a Gloucester Avenue
London NW1 7AU, Royaume-Uni

Christopher Graham

HIV and AIDS Education Guidance and Counselling
Unit, Ministry of Education
37 Arnold Road
Kingston 5, Jamaïque

Nicole Haberland

Population Council USA
One Dag Hammarskjöld Plaza
New York, NY 10017, États-Unis d'Amérique
<http://www.popcouncil.org/>

Sam Kalibala

Population Council Kenya
Ralph Bunche Road
General Accident House, 2nd Floor
P.O. Box 17643-00500, Nairobi, Kenya
<http://www.popcouncil.org/africa/kenya.html>

Douglas Kirby

ETR Associates
4 Carbonero Way,
Scotts Valley, CA 95066, États-Unis d'Amérique
<http://www.etrassociates.org/>

Wenli Liu

Research Center for Science Education
Beijing Normal University
#19, Xijiekouwaidajie
Beijing, 100875, Chine

Elliot Marseille

Health Strategies International
1743 Carmel Drive #26
Walnut Creek, CA 94596, États-Unis d'Amérique

Helen Omondi Mondoh

Egerton University
P.O. BOX 536
Egerton-20115, Kenya

Prabha Nagaraja

Talking About Reproductive and Sexual Health Issues
(TARSHI)
11, Mathura Road, 1st Floor, Jangpura B
New Delhi 110014, Inde
<http://www.tarshi.net/>

Hans Olsson

The Swedish Association for Sexuality Education
Box 4331, 102 67
Stockholm, Suède
<http://www.rfsu.se/>

Grace Osakue

Girls' Power Initiative (GPI) Edo State
67 New Road, Off Amadasun Street,
Upper Ekenwan Road, Ugbiyoko,
P.O. Box 7400, Benin City, Nigéria
<http://www.gpinigeria.org/>

Jo Reinders

World Population Foundation
Vinkenburgstraat 2A
3512 AB Utrecht, Pays-Bas
<http://www.wpf.org/>

Sara Seims

Population Program
The William and Flora Hewlett Foundation
2121 Sand Hill Road
Menlo Park, CA 94025, États-Unis d'Amérique
<http://www.hewlett.org/Programs/Population/>

Ekua Yankah

UNESCO
Section VIH et SIDA
Division de la coordination des priorités des Nations
Unies en matière d'éducation
7, place de Fontenoy 75352 Paris, France
<http://www.unesco.org/aids>

Annexe V

Bibliographie de ressources

Cette bibliographie de matériels pédagogiques a été établie pour accompagner les *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle*. Elle indique les programmes scolaires d'éducation sexuelle, les guides pédagogiques et les manuels de formation des enseignants de qualité qui existent dans le monde. Cette bibliographie entend être un outil de référence pratique pour les concepteurs de programmes scolaires, les planificateurs de programme, les directeurs d'école et les enseignants. Les ressources documentaires ont été sélectionnées sur la base des critères établis lors de la consultation technique d'experts qui s'est tenue en février 2009 :

- représente une contribution à des programmes scolaires d'éducation sexuelle globale, guides pédagogiques ou manuels de formation des enseignants
- a fait l'objet d'une évaluation ou d'une recommandation des experts
- est de publication récente (1998-2009) et renferme une information précise et à jour qui reflète l'état le plus avancé des connaissances
- s'adresse aux apprenants ou aux éducateurs, plus particulièrement de l'enseignement primaire et secondaire, mais aussi de l'enseignement supérieur
- est disponible en anglais, français, espagnol et portugais

Des versions actualisées de cette liste de ressources et des notes s'y rapportant sont accessibles sur le site du Centre d'échange d'information sur l'éducation relative au VIH et SIDA de l'UNESCO à l'adresse suivante : <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org>.

N.B. : L'intégration des ressources dans cette bibliographie n'implique pas leur approbation par l'UNESCO et par d'autres organismes partenaires des Nations Unies ayant participé à l'élaboration des *Principes directeurs internationaux*.

Directives et principes directeurs

Common ground: principles for working on sexuality

Produit par : Talking About Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI)

Date : 2001

Exemplaire disponible sur commande à l'adresse : tarshiweb@tarshi.net or tarshi@vsnl.com

From evidence to action: advocating for comprehensive sexuality education

Produit par : Fédération internationale pour le planning familial (IPPF)

Date : 2009

À télécharger en ligne à l'adresse : www.ippf.org/en/Resources/Guides-toolkits/From+evidence+to+action+advocating+for+comprehensive+sexuality+education.htm

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Guidelines for comprehensive sexuality education in Nigeria

Produit par : Action Health Incorporated & Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)

Date : 1996

À télécharger en ligne à l'adresse : www.siecus.org/_data/global/images/nigerian_guidelines.pdf

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Guidelines for comprehensive sexuality education: kindergarten through 12th grade

Produit par : National Guidelines Task Force & Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)

Date : 2004, 3^e édition

À télécharger en ligne à l'adresse : www.siecus.org/_data/global/images/guidelines.pdf

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Le cadre de l'IPPF pour une éducation sexuelle intégrée

Produit par : Fédération internationale pour le planning familial (IPPF)

Date : 2006

À télécharger en ligne à l'adresse :

<http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/009B1E04-8122-48FF-A71F-260CF5858917/0/sexedframeworkFR.doc>

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Jamaican guidelines for comprehensive sexuality education: pre-school through age 24

Produit par : Jamaican Task Force Committee for Comprehensive Sexuality Education (Jamaica Family Planning Association (FAMPLAN Jamaica) & Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)

Date : 2008

À télécharger en ligne à l'adresse : www.siecus.org/_data/global/images/Jamaica%20Guidelines.pdf

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Manuel pour l'intégration de l'éducation VIH et SIDA dans les curricula officiels

Produit par : Bureau international d'éducation de l'UNESCO (BIE)

Date : 2006

Disponible gratuitement sur commande (exemplaire papier ou CD-ROM) à l'adresse : ibeaid@ibe.unesco.org ou à télécharger en ligne, disponible en cinq langues différentes.

Anglais : www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/HIV_and_AIDS/publications/IBE_CurrManual_3v_en.pdf

Français : www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/HIV_and_AIDS/publications/IBE_CurrManual_3v_fr.pdf

Espagnol : www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/HIV_and_AIDS/publications/Manual_SP.pdf

Russe : www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/_temp_/Manual_complete_RUreduced.pdf

Arabe : www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/_temp_/Manuel_complet_ARbis.pdf

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

National health education standards: achieving excellence

Produit par : Joint Committee on National Health Education Standards & American Cancer Society

Date : 2007, 2^e édition

Disponible en différents formats, livre imprimé (prix : 29,95 dollars E.-U.), CD-ROM (19,95 dollars) ou à télécharger en format PDF (9,95 dollars) à l'adresse : https://www.cancer.org/docroot/PUB/PUB_0.asp?productCode=F2027.27 or www.cdc.gov/HealthyYouth/SHER/standards/index.htm

Right from the start: guidelines for sexuality issues (birth to five years)

Produit par : Early Childhood Sexuality Education Task Force & Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)

Date : 1998

À télécharger en ligne à l'adresse : www.siecus.org/_data/global/images/RightFromTheStart.pdf
(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Sex education at schools

Produit par : Ministère autrichien de l'éducation et des affaires culturelles

Date : 1994

Disponible en ligne en langue allemande unique. À télécharger à l'adresse : www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/Unterrichtsprinzipien_Se1597.xml (Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Standards for curriculum-based reproductive health and HIV education programs

Produit par : Family Health International (FHI)

Date : 2006

Disponible gratuitement sur commande à l'adresse : youthnetpubs@fhi.org ou à télécharger en ligne à l'adresse : www.fhi.org/NR/rdonlyres/ea6ev5ygicx2nukyntbvjui35yk55wi5lwnnwkgko3to uyp3a33aiczutoyb6zhxcnwiyc37uxyhg/sexedstandards.pdf (Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Et si on en parlait ? Droits et sexualité des enfants dans le contexte du VIH/SIDA en Afrique

Produit par : Save the Children, Suède et Association suédoise pour l'éducation sexuelle (RFSU)

Date : 2007

http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/bie_stc_et_si_on_en_parlait_596a_fr.pdf

Version anglaise à télécharger en ligne à l'adresse : www.savethechildren.net/alliance/resources/hiv_aids/2007_SCSweden_TellMeMore.pdf (Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Concept sex education for youths: sex education, contraception and family planning

Produit par : Centre fédéral d'éducation sanitaire (Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA)

Date : 1999

Publication à télécharger en ligne à l'adresse : www.bzga.de/?uid=0cdce7ce03172b7fba028de802bec1fd&id=medien&sid=72&ab=20.

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Également disponible gratuitement sur demande, par courrier : BZgA, D-51101 Cologne, Allemagne, ou par courriel : order@bzga.de. Référence commande : 13006070.

The contemporary management of growing up and sexual maturation: the role of the primary school in Kenya

Produit par : Helen O. Mondoh, Lois W. Chiuri, Johnson M. Changeiywo et Nancy O. Omar

Date : 2006

Disponible à l'adresse suivante : QUESTAFRICA, c/o FORMAT, POB 79, Village Market, 00621 Nairobi, Kenya.
Téléphone : + 254 (20) 675 2866 ou par courriel : questafrica@gmail.com
ou jeffers@questafrica.org.

Growing up and sexual maturation among the Luo of Kenya: removing barriers to quality education

Produit par : Helen Mondoh, Lois W. Chiuri, Nancy O. Omar, Johnson M. Changeiywo

Date : 2006

Disponible sur commande par courrier : QUESTAFRICA, c/o FORMAT, POB 79, Village Market, 00621 Nairobi, Kenya. Téléphone : + 254 (20) 675 2866 ou par courriel : questafrica@gmail.com ou jeffers@questafrica.org

Intervention mapping (IM) toolkit for planning sexuality education programs: using intervention mapping in planning school-based sexual and reproductive health and rights (SRHR) education programs

Produit par : Fondation mondiale pour la population et Université de Maastricht

Date : 2008

À télécharger en ligne à l'adresse : www.wpf.org/documenten/20080729_IMToolkit_July2008.pdf

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Pour plus d'informations et pour se procurer des exemplaires papier du document, s'adresser à : Fondation mondiale pour la population, Vinkenburgstraat 2A, 3512 AB Utrecht, Pays-Bas. Tél. : +31 (30) 23 93 888. Courriel : j.leerlooijer@wpf.org

RAP-Tool

Produit par : Youth Incentives Programme, Rutgers Nisso Groep

Date : 2007

À télécharger en ligne à l'adresse : www.youthincentives.org/Downloads

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Tool to assess the characteristics of effective sex and STD/HIV education programs

Produit par : Healthy Teen Network & ETR Associates Douglas Kirby, Lori A. Roller et Mary Martha Wilson

Date : 2007

À télécharger en ligne à l'adresse : www.healthyteennetwork.org/vertical/Sites/%7BB4D0CC76-CF78-4784-BA7C-5D0436F6040C%7D/uploads/%7BAC34F932-ACF3-4AF7-AAC3-4C12A676B6E7%7D.PDF

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Exemplaire papier également disponible sur commande (prix : 10 dollars E.-U.) à l'adresse : www.healthyteennetwork.org/index.asp?Type=B_PR&SEC=%7B2AE1D600-4FC6-4B4D-8822-F1D5F072ED7B%7D&DE=%7BB3E92693-FE7D-4248-965F-6AC3471B1E28%7D

Atlas sexuel des écoles. Sexualité et relations personnelles : guide pour la programmation et la mise en œuvre de l'enseignement de cette matière au primaire et au secondaire

Produit par : Association suédoise pour l'éducation sexuelle (RFSU)

Date : 2004

À télécharger en ligne à l'adresse :

Anglais : www.rfsu.se/upload/PDF-Material/sexatlas%20engelska.pdf

Français : http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/bie_rfsu_atlas_sexuel_fr.pdf

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Sexualities: exploring sexualities as a cultural phenomena

Produit par : Association suédoise pour l'éducation sexuelle (RFSU)

Date : 2001

Disponible sur commande à l'adresse : RFSU, Box 4331, 102 67 Stockholm, Suède.

Téléphone : + 46 (0)8 692 07 00. Télécopie : + 46 (0)8 653 08 23. Courriel : info@rfsu.se

Guides de formation des enseignants

Basics and beyond: integrating sexuality, sexual and reproductive health and rights.

A manual for trainers

Produit par : Talking About Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI)

Date : 2006

Disponible sur commande à l'adresse : tarshiweb@tarshi.net ou tarshi@vsnl.com

Comprehensive sexuality education: trainers' resource manual

Produit par : Action Health Incorporated

Date : 2003

Disponible gratuitement sur commande auprès de Action Health Incorporated publications, par courriel à l'adresse : library@actionhealthinc.org

Learning about living: the electronic version of FLHE. North Nigeria, Version 1.1. Teachers Manual 2009

Produit par : One World UK; Butterfly Works; Action Health Incorporated et Conseil nigérian de recherche et de développement pédagogiques (NERDC)

Date : 2009

Version électronique disponible à l'adresse : www.learningaboutliving.org/north

Pour plus d'informations sur ce programme, adresser un courriel à : info@learningaboutliving.org

National Family Life and HIV Education: teachers guide in basic science and technology

Produit par : Conseil nigérian de recherche et de développement pédagogiques (NERDC) avec le soutien de l'UNICEF

Date : 2006

Disponible sur commande par courriel : NERDC Headquarters, Lokoja - Kaduna Road, Sheda, P.M.B. 91 Federal Capital Territory, Abuja, Nigeria, ou consulter le site à l'adresse : www.nerdcnigeria.org

Programmes scolaires

Activity book: Beacon Schools

Produit par : Health Communication Partnership (HCP), Ethiopie

Date : 2005

À télécharger en ligne à l'adresse de Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health's Center for Communication Programs:

Anglais : www.jhuccp.org/legacy/countries/ethiopia/PLETH178.pdf

Amharique : www.jhuccp.org/legacy/countries/ethiopia/PLETH179.pdf

Oromifa www.jhuccp.org/legacy/countries/ethiopia/PLETH180.pdf

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Becoming a responsible teen (BART): an HIV risk-reduction program for adolescents

Produit par : ETR Associates et Janet S. St. Lawrence

Date : 2005, édition revue et corrigée

Manuel disponible sur commande (prix : 54,95 dollars E.-U.) en ligne auprès de ETR Associates à l'adresse : <http://pub.etr.org/>

ou par courriel : ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, USA. Téléphone : +1 (800) 321-4407; Télécopie : +1 (800) 435-8433. Deux vidéos (Seriously Fresh et Are You With Me?) sont également disponibles en option (prix unitaire : 65 dollars), à commander en ligne auprès de Select Media Publishing à l'adresse : www.selectmedia.org ou par courrier : Select Media, Inc., POB 1084, Harriman, NY 10926, USA.

Chela

Produit par : Phoenix Publishers Ltd., Helen O. Mondoh, Owen McOnyango, Lucas A. Othuon, Violet Sikenyi et Johnson M. Changeiywo

Date : 2006

Livres disponibles sur commande en consultant le site : www.phoenixpublishers.co.ke/order.php ou en écrivant à l'adresse suivante : Phoenix Publishers Ltd., Kijabe Street, Nairobi, POB 18650-00500, Kenya.

Choose a future! Issues and options for adolescent boys and girls in India

Produit par : Centre pour le développement et les activités en matière de population (CEDPA)

Date : 2004 et 2003, édition mise à jour

Pour plus d'informations sur le programme, adresser un courrier au : Centre for Development and Population Activities (CEDPA), 1133 21st Street NW, Suite 800, Washington D.C. 20036, USA.

Téléphone : + 1 (202) 939-2612. Télécopie : + 1 (202) 332-4496. Site : www.cedpa.org ou au CEDPA/India, C-1 Hauz Khas, New Delhi – 110016, Inde, courriel : agogoi@cedpaindia.org

Draw the line/respect the line: setting limits to prevent HIV, STD and pregnancy

Produit par : Center for AIDS Prevention Studies/Université de Californie & ETR Associates

Date : 2003

Manuels disponibles sur commande (prix unitaire : 21 dollars E.-U.) en ligne auprès de ETR Associates à l'adresse : <http://pub.etr.org/>

ou par courriel : ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, USA. Téléphone : + 1 (800) 321-4407. Télécopie : + 1 (800) 435-8433.

Facilitating school-based co-curricular activities on HIV and AIDS. Students and teachers learning for an HIV free generation

Produit par : Ministère fédéral de l'éducation du Nigéria et Action Health Incorporated

Date : 2007

Pour toute demande, s'adresser à : library@actionhealthinc.org

Family life and HIV education for junior secondary schools

Produit par : Action Health Incorporated (en partenariat avec le Ministère de l'éducation de l'État nigérian de Lagos). Publié par Spectrum Books Limited.

Date : 2007

Documents disponibles gratuitement sur commande auprès de Action Health Incorporated publications, par courriel à l'adresse : library@actionhealthinc.org

Focus on youth: an HIV prevention program for African-American youth

Produit par : ETR Associates

Date : 2009

Disponible sur commande (prix : 59,95 dollars E.-U.) en ligne auprès de ETR Associates à l'adresse : <http://pub.etr.org/> ou par courriel : ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, USA. Téléphone : +1 (800) 321-4407. Télécopie : +1 (800) 435-8433.

Good things for young people: reproductive health education for primary schools

Produit par : MEMA kwa Vijana (Ministère tanzanien de la santé et Ministère tanzanien de l'éducation, National Institute for Medical Research (NIMR) de Tanzanie, African Medical and Research Foundation (AMREF) & London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM))

Date : 2004

À télécharger en ligne aux adresses suivantes :

Teacher's Guide for Standard 5: www.memakwavijana.org/pdfs/Teachers-Guide-Std-5-English.pdf

Teacher's Guide for Standard 6: www.memakwavijana.org/pdfs/Teachers-Guide-Std-6-English.pdf

Teacher's Guide for Standard 7: www.memakwavijana.org/pdfs/Teachers-Guide-Std-7-English.pdf

Teacher's Resource Book: www.memakwavijana.org/pdfs/Teachers-Resource-Book.pdf

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Pour se procurer la version en langue swahilie, contacter : Annabelle.South@lshtm.ac.uk

Let us protect our future. A comprehensive sexuality education approach to HIV/STDS and pregnancy prevention

Produit par : Select Media

Date : 2009

A paraître en automne 2009

Making proud choices! A safer-sex approach to HIV/STDs and teen pregnancy prevention

Produit par : Select Media, Loretta Sweet Jemmott; John B. Jemmott, et Konstance A. McCaffree

Date : 2006, 3^e édition

Module de base complet disponible au prix de 145,00 dollars E.-U. (module complet avec les quatre vidéos en option, au prix de 535,00 dollars US), sur commande auprès de Select Media Publishing à l'adresse : <http://selectmedia.org/customer-service/evidence-based-curricula/making-proud-choices/> ou par courriel : Select Media, Inc., POB 1084, Harriman, NY 10926, USA.

My future is my choice

Produit par : Youth Health and Development Programme, UNICEF, gouvernement de la Namibie, School of Medicine de l'Université du Maryland

Date : 1999 et 2001

À télécharger en ligne à l'adresse : www.unicef.org/lifeskills/index_14926.html

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

National Family Life and HIV Education Curriculum for junior secondary schools in Nigeria

Produit par : Conseil nigérian de recherche et de développement pédagogiques (NERDC, Ministère fédéral de l'éducation du Nigeria, Universal Basic Education (UBE) & Action Health Incorporated

Date : 2003

A télécharger en ligne à l'adresse : www.actionhealthinc.org/publications/downloads/jnrcurriculum.pdf

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Our future: sexuality and life skills education for young people

Produit par : Alliance internationale contre le VIH/sida

Date : 2007

Les trois livres sont disponibles gratuitement sur commande à l'adresse : mail@aidsalliance.org ou peuvent être téléchargés en ligne à l'adresse :

www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/Our_Future_Grades_4-5.pdf

www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/Our_Future_Grades_6-7.pdf

www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/Our_Future_Grades_8-9.pdf

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Our whole lives: sexuality education

Produit par : Unitarian Universalist Association of Congregations (UUA)

Date : 1999 et 2000

Manuels disponibles sur commande (prix unitaire compris entre 40 et 75 dollars E.-U.) en ligne auprès de la librairie de l'UUA à l'adresse : www.uua.org/religiouseducation/curricula/ourwhole/ ou par courriel : Unitarian Universalist Association of Congregations, 25 Beacon Street, Boston, MA 02108, USA. Téléphone : +1 (617) 742-2100. Télécopie : +1 (617) 723-4805.

Project H: working with young men series

Produit par : Instituto Promundo, Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et Organisation mondiale de la santé (OMS)

Date : 2002

Manuels disponibles gratuitement sur commande à l'adresse : promundo@promundo.org.br

ou à télécharger en ligne à l'adresse :

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Anglais : www.promundo.org.br/396?locale=en_US

Espagnol : www.promundo.org.br/352?locale=pt_BR

Portugais : www.promundo.org.br/396?locale=pt_BR

Program M. Working with young women: empowerment, rights and health

Produit par : Instituto Promundo, Salud y Género, ECOS (Comunicação em Sexualidade), Instituto PAPAÍ et World Education

Date : 2008

Exemplaire papier du manuel disponible gratuitement sur commande à l'adresse : promundo@promundo.org.br

Ou à télécharger en ligne à l'adresse :

Anglais : www.promundo.org.br/materiais%20de%20apoio/publicacoes/MANUAL%20M.pdf

Portugais : www.promundo.org.br/materiais%20de%20apoio/publicacoes/TrabalhandocomMulheresJovens.pdf

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Vidéo disponible sur commande à l'adresse : www.rumo.com.br/sistema/home.asp?IDLoja=10093. Clip

accessible à l'adresse : www.promundo.org.br/354

The Red Book. What you want to know about yourself (10-14 years)

The Blue Book. What you want to know about yourself (15+ years)

Produit par : Talking about Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI)

Date : 1999 et 2005

À télécharger en ligne à l'adresse : www.tarshi.net/publications/publications_sexuality_education.asp (Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Reducing the risk: building skills to prevent pregnancy, STD and HIV

Produit par : ETR Associates et Richard P. Barth

Date : 2004, 4^e édition

Manuel du formateur (42,95 dollars E.-U.), cahier de l'élève, en anglais ou en espagnol (lot de 5, pour 18,95 dollars) et kit d'activité (39 dollars) à commander en ligne auprès de ETR Associates à l'adresse : <http://pub.etr.org/> ou par courriel : ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, USA. Téléphone : + 1 (800) 321-4407. Télécopie : +1 (800) 435-8433.

Safer choices: preventing HIV, other STD and pregnancy

Produit par : Karin K. Coyle, Joyce V. Fetro, Richard P. Barth, ETR Associates et Center for Health Promotion Research and Development, Université de Texas-Houston, Health Science Center

Date : 2007, édition revue et corrigée

Lot complet Safer Choices, avec manuels, cahiers de l'élève et kit d'activité, disponible sur commande (prix : 189,95 dollars E.-U.) en ligne auprès de ETR Associates à l'adresse : <http://pub.etr.org/> ou par courriel : ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, USA. Téléphone : + 1 (800) 321-4407. Télécopie : + 1 (800) 435-8433. Vidéo/DVD, « Blood Lines » (recommandé pour le niveau 2) disponible au prix de 149 dollars. Formation de l'enseignant correspondant à ce programme dispensée aux États-Unis par ETR Associates (training@etr.org).

Stepping stones: a training package in HIV/AIDS, communication and relationships skills

Produit par : ActionAid International et Alice Welbourne

Date : 1999

Possibilité de pré-visualiser le manuel à l'adresse : www.steppingstonesfeedback.org/?page_id=965 ou www.stratshope.org/t-training.htm. Commande à prix réduit possible auprès de Teaching Aids at Low Cost (TALC) à l'adresse : www.talcuk.org/books/bs-stepping-stones.htm

Today's choices

Produit par : Stellenbosch University, Department of Education de l'Afrique du Sud et Fondation mondiale pour la population

Date : 2004

Programme accessible en ligne à l'adresse : http://arhp.co.za/todays_choices/. Peut être copié (téléchargé) et imprimé gratuitement

UDAAN: towards a better future. Training manual for nodal teachers.

Produit par : Centre pour le développement et les activités en matière de population (CEDPA), Inde; Jharkhand State AIDS Control Society et Department of Education, gouvernement de l'État de Jharkhand, Inde

Date : 2006

Pour plus d'informations sur le programme, s'adresser au Center for Development and Population Activities (CEDPA), 1133 21st Street NW, Suite 800, Washington D.C. 20036, USA. Téléphone : + 1 (202) 939-2612.

Télécopie : + 1 (202) 332-4496, ou en ligne à l'adresse : www.cedpa.org. Possibilité de s'adresser également au CEDPA/India, C-1 Hauz Khas, New Delhi – 110016, Inde. Courriel : agogoi@cedpaindia.org

The world starts with me!

Produit par : Fondation mondiale pour la population, Butterfly Works et SchoolNet Uganda

Date : 2003

Une partie du programme scolaire est disponible gratuitement en ligne à l'adresse : www.theworldstarts.org/start/begin.html

Pour plus d'informations concernant ce programme scolaire, consulter le site à l'adresse : www.wpf.org/documenten/20060809_WSWM_handout.doc ou contacter : World Population Foundation, Vinkenburgstraat 2A, 3512 AB Utrecht, Pays-Bas. Tél. : +31 (30) 239 38 88. Courriel : office@wpf.org.

The world starts with me! Versions adaptées

Indonésie :

- DAKU! Version destinée aux établissements d'enseignement secondaire en Indonésie, élaborée par la Fondation mondiale pour la population, Indonésie, 2006.
- MAJU! Version destinée aux établissements d'éducation spécialisée pour les jeunes malentendants en Indonésie et élaborée par la Fondation mondiale pour la population, Indonésie et la Direction de l'éducation pour les élèves ayant des besoins spéciaux (Directorate of Special Needs Education, DSE) du Ministère indonésien de l'éducation et de la culture, 2008.
- Langhka Pastiku! Version destinée aux établissements d'éducation spécialisée pour les jeunes malvoyants en Indonésie et élaborée par la Fondation mondiale pour la population, Indonésie, le Ministère indonésien de l'éducation spécialisée et le Yayasan Pelita Ilmu (YPI), 2008.
- SERU! Version destinée aux établissements de correction pour jeunes délinquants en Indonésie, élaborée par la Fondation mondiale pour la population, Indonésie.
- You and me. Version destinée aux jardins d'enfants en Indonésie, élaborée par la Fondation mondiale pour la population, Indonésie et la Fondation Bernard van Leer, 2007.

Kenya :

- The world starts with me! Version destinée aux établissements d'enseignement secondaire et aux jeunes défavorisés au Kenya, élaborée par la Fondation mondiale pour la population, le Centre for Study of Adolescence (CSA) et la NairoBits Digital Design School, Nairobi, 2006.

Thaïlande :

- The world turns by my hands! Version destinée aux établissements d'enseignement secondaire à Bangkok, élaborée par la Fondation mondiale pour la population, Indonésie et la Association for the Promotion of the Status of Women (APSW), 2007.

Viet Nam :

- Journey to adulthood. Version destinée aux étudiants de l'Institut de formation des enseignants de l'Université des sciences de l'éducation de Danang au Viet Nam, élaborée par la Fondation mondiale pour la population (WPF), Viet Nam, l'Université des sciences de l'éducation de Danang, le Département d'éducation et de formation de Danang et le National Institute of Educational Sciences, 2009. (Version adaptée pour les établissements d'enseignement secondaire en cours d'élaboration.)

Young men as equal partners (YMEP)

Produit par : Projet YMEP (projet collaboratif entre des Associations membres de la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF) des pays suivants : Kenya, Tanzanie, Ouganda, Zambie et Suède)

Date : 2008, édition revue et corrigée

À télécharger en ligne à l'adresse :

www.rfsu.se/upload/PDF-Material/YMEPguidebookapril08.pdf

(Nécessite le logiciel Free Adobe Acrobat Reader®.)

Crédits photos :

Page de couverture

© 2000 Rick Maiman/David et Lucile Packard Foundation, avec l'autorisation de Photoshare

© 2009 ONUSIDA/O.O'Hanlon

© 2006 Basil A. Safi/CCP, avec l'autorisation de Photoshare

© 2006 ONUSIDA /G. Pirozzi.

p.1 © 2004 Ian Oliver/SFL/Grassroot Soccer, avec l'autorisation de Photoshare

p.37 © 2006 Rose Reis, avec l'autorisation de Photoshare

S'appuyant sur un examen rigoureux et actuel des données de programmes d'éducation sexuelle, ces *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle* s'adressent aux décideurs et professionnels des secteurs de l'éducation et de la santé. Ils sont destinés à aider les autorités en charge de ces deux secteurs et autres secteurs connexes à élaborer et mettre en œuvre des programmes et des matériels d'éducation sexuelle en milieu scolaire. Le *Volume I* met l'accent sur le bien-fondé d'une éducation sexuelle et fournit des conseils techniques avisés sur les caractéristiques des programmes efficaces. Il s'accompagne d'un document parallèle (*Volume II*) qui décrit les thèmes à aborder et les objectifs d'apprentissage à atteindre dans le cadre d'un 'cours de base minimum' d'éducation sexuelle destiné aux enfants et aux jeunes âgés de 5 à 18 ans et plus, et qui contient une bibliographie de ressources utiles. Ces Principes directeurs internationaux sont d'une grande utilité non seulement pour les pays les plus affectés par le VIH et le SIDA, mais aussi pour les pays qui connaissent une prévalence faible et un contexte d'épidémie concentrée.

Section du VIH et SIDA
Division de la coordination des priorités des Nations Unies en matière d'éducation
Secteur de l'éducation
UNESCO
7, place de Fontenoy
75352 Paris 07 SP, France
Site Web : www.unesco.org/aids
Courriel : aids@unesco.org