

BLOCS DEFINITION MODULE 2

En écho à la vidéo, le podcast et l'infographie, les apprenants se réfèrent à des textes courts de définition des principaux concepts.

L'ÉDUCATION COMPLETE A LA SEXUALITE

L'éducation complète à la sexualité (ECS) est un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, affectifs, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir – dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité –, de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et sur celui des autres et, enfin, de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie.

Les politiques nationales et les programmes scolaires emploient parfois des termes différents pour faire référence à l'éducation complète à la sexualité, notamment : éducation préventive, éducation relationnelle et sexuelle, éducation à la vie familiale, éducation relative au VIH, éducation aux compétences pour la vie courante, introduction à des modes de vie sains et à la sécurité des personnes. Quelle que soit la formule utilisée, le terme « complète » fait référence au développement chez les apprenants des connaissances, des compétences et des attitudes nécessaires à une sexualité positive et à une bonne santé sexuelle et reproductive. Les éléments de base des programmes d'ECS partagent certaines similitudes, notamment un solide enracinement dans les droits humains et une reconnaissance du concept général de sexualité comme composante naturelle du développement humain (Unesco 2018).

LA PROMOTION DE LA SANTE SEXUELLE

La promotion de la santé sexuelle est une stratégie, un ensemble d'actions intersectorielles coordonnées, qui vise à orienter et accompagner le changement social en faveur de l'amélioration de la santé sexuelle de tou-te-s et de la réduction des inégalités. Cette stratégie est fondée sur la connaissance d'une part des déterminants de la santé sexuelle et d'autre part des pratiques sociales et culturelles des populations et des individus concernés. Elle se traduit par une double dynamique :

- une action sur les écosystèmes de vie des populations (conditions de vie, environnement physique et social, cadre juridique, accès aux services)
- l'accompagnement des personnes dans l'acquisition des moyens de prendre en charge leur propre santé de façon autonome et responsable via des actions de communication ou d'éducation.

L'éducation à la santé sexuelle est ainsi constitutive d'une démarche de promotion de la santé sexuelle. Elle en constitue l'un des leviers mais ne peut être efficace qu'à la condition d'une action simultanée sur les déterminants sociaux de la santé sexuelle (cadre législatif, services éducatifs, sociaux et sanitaires, réduction de la précarité, évolution des représentations sociales en vue de l'inclusion et de l'équité...).

LES ENJEUX EDUCATIFS DE SANTE SEXUELLE

La santé sexuelle et reproductive englobe des dimensions du bien-être physique, affectif, mental et social en lien avec la sexualité, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité (OMS, 2006). Il est nécessaire d'adopter des habitudes saines et de comprendre comment se maintenir en bonne santé dès la petite enfance. L'adolescence est le moment idéal pour mettre en place des habitudes et des modes de vie sains en lien avec la santé sexuelle et reproductive, car c'est une période de changements physiques, affectifs et sociaux, et elle correspond au moment où de nombreux individus commencent à explorer leur sexualité et à établir des relations interpersonnelles.

Les principales problématiques relatives à la santé sexuelle et reproductive qui touchent les jeunes incluent :

La puberté : pour les garçons comme pour les filles, le passage de l'enfance à l'âge adulte peut apparaître comme une période exaltante, et marquer un changement majeur. Toutefois, pour les garçons, l'évolution représentée par

la puberté est explicitement liée à l'expérience positive de la sexualité, tandis que pour les filles, cette période est souvent marquée par l'apparition de messages contradictoires concernant la sexualité, la virginité, la fertilité et la féminité. Pour de nombreuses filles, la menstruation est considérée comme le début de la puberté. Dans certains milieux, la stigmatisation et les tabous culturels obligent les filles à dormir ou manger à l'écart de leur famille, voire à manquer l'école pendant leurs règles. Dans beaucoup de pays, les écoles ne disposent pas de toilettes favorisant l'intimité, la propreté ou une élimination adéquate des produits liés à la menstruation. La menstruation est une question généralement négligée et, dans bien des pays, un nombre considérable de filles ont des lacunes ou des idées fausses concernant la menstruation, ce qui entraîne de la peur et de l'anxiété et les laissent désarmées lorsqu'elles commencent à avoir leurs règles. Pour les garçons, la puberté est souvent considérée comme le début du désir sexuel et du « pouvoir » dont ils peuvent bénéficier. Les érections et les éjaculations nocturnes, incidents pourtant potentiellement embarrassants, ne s'inscrivent généralement pas dans un récit de honte vécue comme c'est le cas de la menstruation chez les filles. L'étude de la masculinité est absente de bien des programmes d'éducation à la sexualité parce qu'elle n'est généralement pas perçue comme problématique, pourtant les garçons ont le sentiment que leurs besoins et leurs questions concernant la sexualité ne sont pas pris en considération. En raison des changements physiques et psychologiques qui en découlent, la puberté peut être une période particulièrement délicate pour les adolescents intersexués ou ceux qui se posent des questions sur leur identité ou leur expression de genre.

La grossesse : bien que les taux de fécondité aient considérablement diminué au niveau mondial au cours des dernières décennies, de nombreuses adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont déjà eu des enfants, les pourcentages différant selon les zones géographiques. Selon les statistiques sanitaires mondiales de 2014, le taux de natalité moyen chez les 15-19 ans dans le monde était de 49 naissances pour 1 000 filles, les taux s'échelonnant selon les pays de 1 à 299 naissances pour 1 000 filles. Le mariage précoce est un facteur majeur – environ 90 % des adolescentes qui deviennent mères dans les pays en développement sont mariées. La grossesse précoce et l'accouchement peuvent avoir de graves conséquences sanitaires et sociales, et constituent la deuxième cause de décès chez les filles de moins de 19 ans. Les complications qui peuvent survenir pendant la grossesse ou l'accouchement constituent l'une des principales causes de mortalité chez les adolescentes. Les adolescentes enceintes ont tendance à attendre davantage que les femmes plus âgées avant d'avoir recours à des soins de santé maternelle, parce qu'elles n'ont pas suffisamment de connaissances sur la grossesse et ses complications, ou parce qu'elles sont contraintes dans leurs décisions concernant leur accès aux services médicaux et leur utilisation de ces services (par exemple, par leur belle-famille, ou par des lois et des politiques restrictives en lien avec l'âge de la majorité sexuelle et l'accès aux services). Les adolescentes enceintes sont davantage susceptibles d'abandonner leur scolarité et d'interrompre leur éducation, ce qui réduit leurs chances de trouver un emploi et limite leurs perspectives par la suite.

L'accès à la contraception moderne : l'utilisation de contraceptifs incombe aux jeunes hommes comme aux jeunes femmes, cependant on en sait davantage sur les besoins non-satisfaits des femmes en matière de contraception. Les femmes non mariées représentent généralement moins de la moitié de l'ensemble des femmes ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception, mais le niveau de besoins non-satisfaits chez cette population peut être sous-estimé en raison de la réticence des femmes non mariées à admettre, dans les sociétés conservatrices, qu'elles ont une vie sexuelle. D'autre part, les adolescentes font état d'obstacles juridiques et d'autres raisons en lien avec l'accès, ainsi que de préoccupations et inquiétudes concernant les effets secondaires des contraceptifs sur la santé. En outre, il existe des lacunes majeures, en particulier en Afrique et en Asie, sur la façon d'utiliser diverses méthodes contraceptives modernes et les lieux où les trouver. C'est le cas pour les préservatifs et la contraception d'urgence, ainsi que pour les endroits où se rendre pour effectuer des tests de grossesse ou des tests de dépistage du VIH. Cela met en évidence l'importance de recevoir des informations sur l'utilisation des préservatifs comme méthode de protection double, à la fois contre les grossesses non désirées et contre le VIH et les IST.

L'avortement non médicalisé : chaque année dans le monde, quelque trois millions de filles âgées de 15 à 19 ans subissent des avortements non médicalisés. En raison des restrictions légales d'accès à l'avortement sans risques qui existent dans de nombreuses régions du monde, les adolescentes ont souvent recours à des interventions dangereuses pratiquées par des personnes non qualifiées. Les adolescentes représentent un nombre important et disproportionné de décès et de handicaps provoqués par des pratiques d'avortement dangereuses, par rapport aux femmes âgées de plus de 20 ans. En effet, les adolescentes se rendent compte qu'elles sont enceintes généralement plus tard que les femmes adultes, et celles qui veulent mettre un terme à leur grossesse

subissent donc un avortement à un stade plus tardif de la période de gestation. Dans certains cas, du fait de la réprobation sociale, de la discrimination ou d'autres facteurs, les adolescentes sont aussi davantage susceptibles que les femmes plus âgées d'avorter elles-mêmes ou d'avoir recours aux services d'individus non qualifiés, et sont généralement moins au fait de leurs droits en matière d'avortement et de soins post-avortement.

La violence : selon les estimations mondiales, près d'une femme sur trois (35 %) à travers le monde a déjà subi, au cours de sa vie, des violences physiques et/ou sexuelles de la part de son partenaire intime ou d'un tiers. La violence est une violation des droits de la personne et elle accroît, pour les femmes, les filles et les populations déjà vulnérables, les risques d'infection par le VIH et de grossesse non désirée, entre autres problèmes sanitaires et sociaux. La violence au sein du couple est la plus répandue. L'ampleur de la violence à l'encontre des enfants et de la violence liée au genre est démontrée par les données suivantes : environ 120 millions de filles à travers le monde (un peu plus d'une fille sur 10) ont subi un rapport sexuel forcé ou d'autres actes sexuels forcés ou toute autre forme de violence de la part de leur partenaire intime à un moment de leur vie ; les abus sexuels sur mineurs concernent aussi bien les garçons que les filles. Des études internationales révèlent qu'environ 20 % des femmes, et entre 5 % et 10 % des hommes, rapportent avoir été victimes de violences sexuelles dans leur enfance ; la violence chez les jeunes, y compris la violence dans les relations amoureuses, constitue aussi un problème majeur ; au moins 200 millions de femmes et de filles vivant aujourd'hui ont subi l'excision/des mutilations génitales féminines (E/MGF) dans 30 pays. Dans la plupart de ces pays, ces pratiques ont eu lieu quand elles avaient moins de 5 ans ; la cohabitation/le mariage précoce forcé(e) constitue une violation des droits fondamentaux de la personne et placent les filles dans une situation de vulnérabilité en raison du déséquilibre des pouvoirs entre la jeune épouse et son mari. À travers le monde, le pourcentage de mariages précoces forcés est le plus élevé en Afrique subsaharienne, où près de 4 filles sur 10 se marient avant l'âge de 18 ans, et près d'une sur 8 est mariée ou vit maritalement avant l'âge de 15 ans. La région Amérique latine-Caraïbes suit l'Afrique subsaharienne, avec 24 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées dans leur enfance, puis viennent le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord où c'est le cas pour 18 % des femmes ; chaque année, 246 millions d'enfants sont victimes d'actes de violence basés sur le genre, notamment de mauvais traitements, de harcèlement, de violence psychologique et de harcèlement sexuel en milieu scolaire ou sur le chemin de l'école. Ils sont 25 % à être victimes de violences physiques, et 36 % à subir des violences psychologiques ; les élèves perçus comme non conformes aux normes prédominantes en matière de sexe et de genre, notamment les élèves lesbiennes, gays, bisexuel(le)s ou transgenres, sont plus vulnérables face à la violence à l'école. La violence fondée sur l'orientation sexuelle et sur l'identité ou l'expression de genre, également appelée violence homophobe et transphobe, est une forme de violence basée sur le genre en milieu scolaire ; les grossesses précoces et non désirées peuvent aussi être le résultat d'actes de violence sexuelle commis par des enseignants et des élèves. La violence de genre liée à la grossesse en milieu scolaire inclut du harcèlement et des brimades, de la part des camarades comme des enseignants, à l'encontre des filles enceintes et des mères adolescentes.

Le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST) : des progrès ont été accomplis à l'échelle mondiale dans la prévention des nouvelles infections par le VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, mais la diminution du nombre d'infections a été bien trop lente. Entre 2010 et 2016, le nombre de nouvelles infections par le VIH a chuté chez les jeunes femmes et les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans dans toutes les régions, à l'exception de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale, où leur nombre, chez cette tranche d'âge, a augmenté d'environ 12 % au cours de la même période. À l'échelle mondiale, le VIH/SIDA a constitué la neuvième cause de mortalité chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans en 2015. Le VIH et le SIDA continuent d'avoir un impact majeur en Afrique subsaharienne. En Afrique, les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont davantage exposées au VIH. Dans de nombreux contextes, certaines populations clés sont toujours affectées de manière disproportionnée par le VIH, notamment les jeunes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et des jeunes transgenres. Si les connaissances globales sur le VIH se sont améliorées, seuls 36 % des jeunes hommes et 30 % des jeunes femmes (âgés de 15 à 24 ans) avaient des connaissances complètes et correctes sur la manière de prévenir le VIH dans les 37 pays pour lesquels des données étaient disponibles entre 2011 et 2016. Les connaissances en ce qui concerne les facteurs de risque spécifiques (par exemple, la transmission par le biais des réseaux sexuels ou les risques associés aux rapports sexuels avec des personnes de tranches d'âge différentes ou au coït anal), les nouvelles méthodes de prévention biomédicales (par exemple, la PrEP), et les liens entre VIH et violence basée sur le genre ont tendance à être plus faibles.

Chaque année, on estime à 333 millions le nombre de nouveaux cas d'IST curables à travers le monde, les 20-24 ans étant les plus touchés, suivis par les 15-19 ans. Un jeune sur 20 contracterait une IST chaque année, à l'exclusion du VIH et des autres infections virales. Une minorité d'adolescents a accès à des services acceptables et abordables en matière de traitement des IST.

L'influence des technologies de l'information et de la communication (TIC) sur le comportement sexuel :

les informations et les images relatives à l'activité sexuelle sont largement disponibles sur Internet, et peuvent constituer la première exposition à la sexualité de nombreux enfants et jeunes. Les TIC et les médias sociaux ont un potentiel énorme pour ce qui est d'accroître l'accès à des informations positives, exactes et exemptes de jugement sur la sexualité et les relations. Cependant, ces technologies peuvent aussi donner accès à des données inexactes et inappropriées, et renforcer les normes de genre préjudiciables en augmentant l'exposition à de la pornographie souvent violente ; le cyber-harcèlement – selon un rapport de l'Union européenne, une femme sur dix de plus de 15 ans a déjà été victime de cyber-harcèlement (ce qui inclut le fait de recevoir des courriers électroniques ou des SMS non désirés, offensants et/ou sexuellement explicites, ainsi que de faire l'objet d'avances offensantes et déplacées sur les réseaux sociaux). Être victime de cyber-harcèlement peut conduire à des troubles affectifs ; des études montrent que des niveaux élevés de cyber-harcèlement et de victimisation sont associés à des niveaux élevés d'état dépressif, les victimes faisant part de sentiments de tristesse, de désespoir et d'impuissance ; la textopornographie – l'échange privé d'images sexuelles autoproduites par le biais d'un téléphone portable ou d'Internet a été longuement débattu dans la sphère publique et dans le milieu universitaire comme un nouveau comportement à haut risque chez les jeunes, qu'il convenait de traiter et d'empêcher par un renforcement et une amélioration de l'éducation concernant les principaux risques associés à cette pratique. Les jeunes ont besoin d'aide pour poser un regard critique sur les messages sexuels qu'ils reçoivent, et ils ont également besoin d'accéder à de nouveaux types d'environnements numériques d'éducation à la sexualité qui soient réalistes, adaptés sur le plan émotionnel et dénués de jugement moral. Il importe de trouver un meilleur équilibre entre la vulnérabilité des adolescents et leur approche de la sexualité lorsque l'on se penche sur la question de l'utilisation des TIC en toute sécurité.

SANTE SEXUELLE ET BESOINS EDUCATIFS SPECIFIQUES

Les jeunes ne constituent pas un groupe homogène. La situation familiale, le statut socio-économique, le sexe, l'appartenance ethnique, l'origine raciale, le statut VIH, la situation géographique, les convictions religieuses et culturelles, l'orientation sexuelle et l'identité de genre et bien d'autres facteurs ont une incidence sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, leur accès à l'éducation, leurs perspectives de vie et leur bien-être général. De nombreux jeunes sont marginalisés et vulnérables, et sont confrontés à la stigmatisation et à la discrimination. C'est le cas des jeunes incarcérés ou de ceux qui sont placés en établissement, des jeunes autochtones et de ceux qui n'ont pas accès à une éducation à la sexualité indispensable, à des services de soin en matière de sexualité et à d'autres services de santé. Les enfants réfugiés, demandeurs d'asile et immigrés sont vulnérables à de nombreux problèmes, notamment aux mariages précoces forcés, à la violence et à la traite d'enfants. Chacune de ces populations a des besoins différents en termes d'éducation à la sexualité.

Les jeunes en situation de pauvreté : la pauvreté est un frein majeur au développement des jeunes et à leur bien-être. Les jeunes vivant dans des foyers pauvres et ruraux sont défavorisés matériellement, exclus socialement, et ils souffrent de malnutrition et sont mal logés, ce qui a des conséquences négatives à court et à long terme sur leur santé. Les enfants et les jeunes en situation de pauvreté ont plus de risques que les autres d'être exposés à la violence et de commettre des actes de violence, ainsi que d'adopter des comportements à risque tels que le désengagement scolaire, la consommation de drogues, des rapports sexuels précoces, des pratiques sexuelles transactionnelles ou rémunérées, et des rapports sexuels non protégés. En outre, les adolescentes et les jeunes femmes issues des ménages les plus pauvres ont plus de risques que celles des ménages aisés de tomber enceinte ou d'avoir un enfant avant l'âge de 18 ans.

Les jeunes handicapés : historiquement, les personnes handicapées ont souvent été perçues comme asexuées ou sans inhibition sexuelle, et leur éducation à la sexualité a généralement été considérée comme non nécessaire, voire préjudiciable. Seuls quelques pays ont commencé à appliquer les droits humains des jeunes handicapés tels qu'établis lors de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Selon les recherches, les personnes handicapées

sont touchées de façon disproportionnée par la violence sexuelle et peuvent être plus vulnérables aux infections par le VIH. L'éducation actuellement dispensée aux jeunes handicapés décrit souvent le sexe comme dangereux, faisant écho aux conceptions passées d'une sexualité des personnes handicapées qui serait problématique. Les jeunes vivant avec un handicap mental ou physique ou avec une déficience affective sont des êtres sexués qui ont eux aussi le droit de vivre leur sexualité en préservant le niveau de santé le plus élevé possible, ce qui inclut la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, dénuées de toute contrainte et violence, et de pouvoir accéder à une éducation à la sexualité de qualité, ainsi qu'à des services de santé sexuelle et reproductive.

Les jeunes lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels et intersexués (LGBTI) : de nombreux pays à travers le monde imposent des restrictions et des sanctions sévères aux personnes LGBTI. Ces restrictions prennent la forme de persécutions tant directes qu'indirectes incluant : l'exercice de poursuites actives à l'encontre des individus ; l'absence de protection des individus victimes de harcèlement sexuel, de stigmatisation, de discrimination et de préjudices sur la base de leur orientation sexuelle, de leur identité ou expression de genre ; ou, dans le cas des enfants et des jeunes intersexués, l'absence de protection face à des actes chirurgicaux et autres procédures non nécessaires qui peuvent être à l'origine d'une stérilité définitive, de douleurs, d'incontinence, de perte des sensations sexuelles et de souffrances psychologiques tout au long de la vie ; et enfin, l'absence d'accès à des mécanismes de recours. Les jeunes LGBTI scolarisés sont particulièrement touchés par les préjudices et la discrimination. Par exemple, il a été montré que l'homophobie et la transphobie en milieu scolaire gênaient l'apprentissage et étaient à l'origine de formes de harcèlement plus vindicatives et plus violentes.

Les enfants et les jeunes touchés par une crise : au total, 28,5 millions d'enfants en âge d'être scolarisés dans le primaire vivant dans un pays touché par un conflit ou dans un contexte de crise humanitaire n'ont pas accès à l'éducation, soit la moitié des enfants non scolarisés dans le monde. En outre, si la nécessité de mettre en place des programmes de santé sexuelle et de la reproduction à l'intention des adolescents dans les contextes de crise humanitaire est de plus en plus reconnue, une enquête mondiale a révélé d'importantes lacunes dans les programmes incluant un accès aux services.

Les jeunes vivant avec le VIH : les programmes actuels d'éducation à la sexualité mettent l'accent sur la prévention du VIH, mais oublient souvent les besoins des jeunes vivant avec le virus. L'observance du traitement est plus faible chez eux, et l'école joue un rôle primordial en favorisant l'accès aux services, en encourageant l'observance du traitement, ainsi qu'en donnant des informations permettant d'éviter une réinfection, de prévenir la transmission subséquente du VIH à des tiers, de vivre une vie positive et saine et de réduire les préjugés et la discrimination.

UNE DEMARCHE EDUCATIVE

Il s'agit donc d'aborder la santé sexuelle la santé du point de vue de l'éducation et pas du soin ou de la prise en charge des difficultés. En effet, l'enjeu est d'intervenir non pas en réponse à une demande ou du fait d'une maladie mais bien de s'adresser à des personnes qui, pour la très grande majorité d'entre eux, vont bien. Le cadre éthique de l'intervention est ainsi différent. La légitimité de l'éducation à la santé sexuelle se fonde à la fois sur la visée de la construction de compétences visant à permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables et sur la prévention des comportements ou attitudes qui affectent la santé et le vivre ensemble. Nous aborderons successivement la question du rapport à la santé, du lien au développement durable des domaines de l'intervention éducative et terminerons par des éléments de réflexion sur le volet éthique.

La santé comme ressource

Dans le domaine de l'éducation à la santé sexuelle, la santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non un but en soi. Elle n'est pas un état mais un essai d'équilibre. Il s'agit de permettre à chacun de « vivre une vie possible pour soi dans son environnement physique, culturel ». C'est un concept positif mettant en valeur les ressources environnementales, culturelles, sociales et individuelles. Loin d'une démarche de transmission de règles intangibles définies une fois pour toute, il s'agit de la construction progressive d'un rapport autonome et responsable à la santé. L'enjeu est donc de proposer aux enfants des balises, des repères en matière de santé.

Cette perspective est celle de la promotion de la santé dont la finalité est définie en référence à l'émancipation des individus et des populations. Selon la Charte d'Ottawa (1986), la promotion de la santé vise à donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer. Le concept de promotion de santé dépasse l'individu pour penser la communauté et prendre en compte les interactions entre la personne et son environnement tant physique qu'humain.

La santé au cœur de l'éducation au développement durable

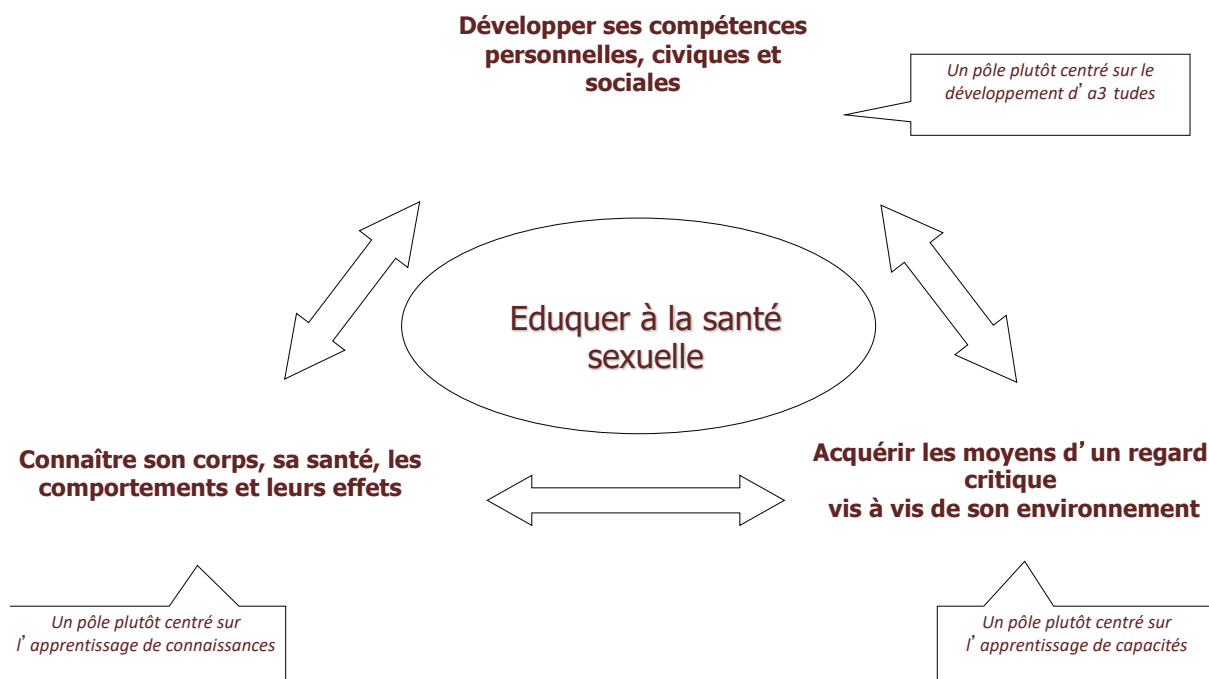
L'éducation à la santé sexuelle se réfère à une vision d'ensemble du monde à bâtir qui s'exprime notamment dans les « objectifs du développement durable » définis par les Nations-Unies. Ils constituent la toile de fond du travail éducatif en matière de santé sexuelle. La santé comme l'éducation sont au cœur de ces objectifs, notamment l'objectif 3 « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » et l'objectif 4 « assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie ».

Des savoirs, des capacités, des attitudes

En se fondant sur les données précédentes, sans toutefois prétendre épuiser la question, il est possible d'organiser les finalités de l'éducation à la santé sexuelle autour de trois pôles :

- Permettre l'acquisition de savoirs et savoir-faire notamment ceux relatifs au corps et à la santé, aborder et permettre l'expression des personnes sur des problèmes de société qui font appel à la fois à des valeurs, des lois, des savoirs scientifiques
- Contribuer à l'apprentissage des savoir-être (compétences personnelles, sociales et civiques)
- Développer chez les personnes la résistance à l'emprise de l'environnement (stéréotypes, médias, pairs...)

Autrement dit, éduquer à la santé sexuelle revient à permettre à l'enfant de développer des capacités d'agir, de choisir, de décider d'une manière autonome et responsable ainsi que des capacités d'affronter la réalité et de faire face aux conflits. Il est évident que l'objectif du développement de ces compétences n'est pas l'apanage de l'éducation à la santé sexuelle, il s'agit des objectifs généraux de toute éducation humaine.



Prenons l'exemple du consentement. S'il est légitime de délivrer une éducation dans ce domaine ce n'est pas au titre d'un interdit spécifique mais au nom d'une idée de la personne et du-de la citoyen-ne : en matière de sexualité comme

dans tous les domaines de l'existence, la capacité pour chacune et chacun d'exercer sa liberté et de respecter celle des autres est fondamentale.

Pour exercer sa liberté, il est indispensable d'être en capacité de choisir, de mettre à distance la pression des partenaires, des pairs, de la famille comme stéréotypes sociaux ou médiatiques. Refuser, en situation, un rapport sexuel du fait de l'absence de préservatif ou certaines pratiques largement présentes dans la pornographie demande une capacité à s'imposer, à ne pas être sous l'emprise des stéréotypes, des émotions, du pouvoir du partenaire.

C'est bien le rôle de l'éducation à la santé sexuelle que de mettre en œuvre des activités visant à dire la loi, transmettre des connaissances scientifiques, connaître et être capable d'accéder aux ressources sanitaires et sociales, développer la confiance en soi ou la capacité à résister à aux différentes formes d'emprise. Il s'agit de permettre aux personnes de s'approprier les moyens de construire leur propre liberté comme personne et comme citoyen ... c'est-à-dire d'éduquer à la citoyenneté. C'est bien la personne et son émancipation qui est au cœur de l'éducation à la santé sexuelle.

Un cadre éthique

La spécificité de l'éducation à la santé sexuelle conduit à la nécessité d'agir dans un cadre éthique adapté. Celui-ci sera décrit dans le module 5. En lien avec ce qui vient d'être présenté et en prenant l'exemple du milieu scolaire nous proposons quelques points d'attention et des questions qui peuvent être pris en compte dans le cadre de l'élaboration d'un dispositif d'éducation à la santé sexuelle. Il ne s'agit pas d'une approche exhaustive mais du rappel de quelques pistes classiques qui, font déjà l'objet de toute l'attention d'une large part des acteurs.

Des points d'attention	Des questions
La mission de l'école	Comment le dispositif d'éducation à la santé sexuelle prend-il en compte la spécificité de l'école en particulier en ce qui concerne l'articulation éducation familiale et éducation scolaire ? Quelles précautions sont prises pour que ce qui est développé dans les séquences éducatives fasse bien référence au « vivre ensemble » ? Comment prend-il en compte les questions éthiques posées par l'intervention éducative ?
Les finalités de l'éducation scolaire	Comment le dispositif articule-t-il la finalité de l'éducation scolaire (émancipation de la personne, éducation du citoyen) avec les objectifs de santé publique ? Comment la capacité à choisir de façon libre et responsable est-elle développée par le dispositif ?
La prise en compte de différents aspects de l'éducation à la santé sexuelle	Comment le dispositif articule-t-il les trois pôles que sont le développement : - Des connaissances et compétences relatives à la santé sexuelle, - Des compétences personnelles (connaissance de soi, confiance en soi, autonomie, respect d'autrui, capacité à choisir ...) - Des connaissances quant aux dimensions sociales de la sexualité et des compétences nécessaires à la mise à distance critique des stéréotypes ou des médias ?
La dynamique collective de l'établissement	Comment le dispositif entre-t-il en résonance avec les programmes scolaires, la dynamique de l'établissement, comment s'insère-t-il dans le travail collectif déjà existant plutôt que comme un élément « supplémentaire » ? Comment l'organisation du cadre de vie à l'école et des activités éducatives sont-elles prises en compte dans une perspective de promotion de la santé ? Comment est-il contractualisé : projet d'école, d'établissement, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté ?
La contribution des divers partenaires	Comment le dispositif articule-t-il l'intervention des divers partenaires qu'ils soient internes ou externes à l'établissement ? Quelle place est-elle réellement faite aux enseignants qui constituent la plus grande part des forces de l'établissement ? Comment le projet se distancie-t-il d'une vision essentiellement biomédicale pour aborder d'autres aspects susceptibles d'être pris en charge par les enseignants ? Quelle place est-elle réellement faite aux personnels d'encadrement, administratifs, de service, de restauration, d'accueil, de vie scolaire, de santé et sociaux ? Comment la question de la cohérence et de la continuité est-elle traitée ? Et ce, y compris entre premier et second degré ?
La formation et l'accompagnement	Comment les acteurs sont-ils formés et accompagnés ? Qui assure la fonction de conseil technique, de soutien, d'expertise ?