



Lignes directrices canadiennes pour

l'éducation en matière de santé sexuelle



l'éducation
en matière de
santé sexuelle

Notre mission est de promouvoir et de protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Édition révisée des *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle 2003*

Cette publication peut également être offerte dans d'autres formats, sur demande. Elle est disponible sur Internet à l'adresse suivante : www.santepublique.gc.ca/its.

Available in English under the title:
Canadian Guidelines for Sexual Health Education

Correspondance

Section de la santé sexuelle et les infections transmises sexuellement
Division des infections acquises dans la collectivité
Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Télec. : 613-957-0381
Courriel : PHAC_Web_Mail@phac-aspc.gc.ca

L'utilisation du masculin dans ce document a pour seul objectif d'alléger le texte.

© SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA (2008)
Numéro de catalogue : HP40-25/2008F
ISBN : 978-0-662-08381-8

Lignes directrices canadiennes pour

l'éducation en matière de santé sexuelle



Table des matières

Avant-propos	1
Remerciements.	1
Introduction	2
Buts et objectifs des <i>Lignes directrices</i>	2
Mode d'emploi des <i>Lignes directrices</i>	2
Particuliers et organismes susceptibles de bénéficier des <i>Lignes directrices</i>	3
Concepts clés	5
Santé	5
Promotion de la santé	5
Éducation pour la santé	5
Sexualité	6
Santé sexuelle	6
Éducation en matière de santé sexuelle	6
Droits sexuels.	7
Exploration de la santé sexuelle et de l'éducation en matière de santé sexuelle	8
Construction sociale de la santé sexuelle	8
Buts de l'éducation en matière de santé sexuelle	9
Reconnaître et savoir répondre aux différents besoins de l'éducation en matière de la santé sexuelle.	10
Élaboration d'un cadre général pour l'éducation en matière de santé sexuelle	13
Philosophie	13
Éléments de l'éducation en matière de santé sexuelle	17
<i>Figure 1. Éléments de l'éducation en matière de santé sexuelle</i>	18
<i>Acquisition et compréhension des connaissances</i>	19

<i>Motivation et discernement personnel</i>	19
<i>Compétences favorisant la santé sexuelle</i>	20
<i>Milieus favorables à la santé sexuelle</i>	20
Principes directeurs	22
Principe 1 : <i>Une éducation en matière de santé sexuelle accessible à tous les Canadiens</i>	22
Principe 2 : <i>L'intégralité de l'éducation en matière de santé sexuelle</i>	25
Principe 3 : <i>L'efficacité des approches et des méthodes éducatives</i>	28
Principe 4 : <i>Formation et soutien administratif</i>	32
Principe 5 : <i>Planification des programmes, évaluation, mise à jour et développement social</i>	36
Théories et recherche en éducation en matière de santé sexuelle	39
Modèles théoriques pour guider une éducation efficace en matière de santé sexuelle	39
Intégration de la théorie à la pratique à l'aide du modèle IMHC	42
<i>Figure 2. Le modèle IMHC</i>	43
Conclusion	52
Annexe A	53
Exemples de critères à utiliser pour évaluer des programmes par rapport aux principes préconisés dans les <i>Lignes directrices</i>	53
Annexe B	59
Glossaire de termes relatifs à l'orientation sexuelle et à l'identité sexuelle	59
Références bibliographiques	61

Avant-propos

La première édition des *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle (Lignes directrices)* fut publiée en 1994, puis révisée en 2003. Les *Lignes directrices* furent élaborées grâce aux connaissances spécialisées de professionnels qui œuvrent dans divers domaines de la santé sexuelle, notamment l'éducation, la santé publique, la condition féminine, la promotion de la santé, la médecine, les soins infirmiers, le travail social et la psychologie. Elles s'appuient sur des recherches fondées sur des données probantes qui sont transposées dans un contexte canadien.

L'édition 2008 des *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* s'inspire de l'édition 2003. Par ailleurs, des commentaires recueillis dans le cadre d'une enquête d'évaluation nationale qui avait été entreprise à l'automne 2007 et l'avis d'examineurs externes y ont été intégrés. Une documentation fondée sur des données probantes récentes et un libellé plus inclusif de la diversité des populations au Canada sont au nombre des autres modifications apportées aux *Lignes directrices*.

Remerciements

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* n'existeraient pas sans les efforts, les connaissances et l'expertise de ceux et celles qui ont participé à l'élaboration des versions de 1994 et de 2003. Une liste complète des coordonnateurs et des membres des groupes de travail des éditions antérieures des *Lignes directrices* est disponible en direct à l'adresse suivante : www.santepublique.gc.ca/its.

L'Agence de la santé publique tient à exprimer sa reconnaissance et à remercier tous ceux qui ont volontairement contribué de leur temps à la révision des *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (édition 2008). La révision de ce document

fut rendu possible grâce aux précieux conseils des experts travaillant dans le domaine de l'éducation et de la promotion en matière de santé sexuelle à travers le Canada, incluant les membres du groupe de travail en santé sexuelle du consortium conjoint pour la santé en milieu scolaire.

De plus, l'Agence de la santé publique du Canada souhaite remercier les membres du personnel de la Section de la santé sexuelle et des infections transmises sexuellement (ITS), Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections qui ont contribué à la conception de ce document.

Introduction

Buts et objectifs des Lignes directrices

La santé sexuelle est un aspect clé de la santé personnelle et du bien-être social qui a une influence sur les personnes toute leur vie durant. Il est donc important que les programmes de promotion de la santé qui s'emploient à améliorer les résultats positifs sur le plan de la santé sexuelle et à diminuer les conséquences négatives soient offerts à tous les Canadiens, peu importe leur âge, leur race, leur origine ethnique, leur identité sexuelle, leur orientation sexuelle, leur milieu socio-économique, leurs capacités physiques et cognitives, leur appartenance religieuse ou toute autre caractéristique de ce genre.

L'un des objectifs des *Lignes directrices* consiste à guider les efforts des professionnels qui évoluent dans le domaine de l'éducation et de la promotion en matière de santé sexuelle, en particulier, les planificateurs des plans d'études et des programmes d'éducation, les éducateurs qui travaillent à l'intérieur et en dehors des milieux scolaires, les décideurs et les professionnels de la santé.

Un deuxième objectif des *Lignes directrices* se résume, dans un premier temps, à proposer une orientation claire afin d'aider les groupes locaux, régionaux et nationaux et les organismes gouvernementaux concernés par la santé et l'éducation et, dans un deuxième temps, à concevoir et à améliorer les politiques, les programmes et les plans d'études axés sur l'éducation en matière de santé sexuelle qui traitent des besoins variés de tous les Canadiens.

Les présentes *Lignes directrices* visent à :

1. aider les professionnels concernés à concevoir et à mettre en œuvre des interventions, des programmes et des services nouveaux et efficaces qui renforcent les comportements qui sont favorables à la santé sexuelle et au bien-être personnel;
2. proposer un cadre de travail détaillé afin d'évaluer les programmes et les politiques d'éducation en matière de santé sexuelle ainsi que les services connexes qui sont mis à la disposition des Canadiens;
3. permettre aux éducateurs et aux administrateurs d'acquérir une plus grande compréhension des buts et des objectifs de l'éducation générale en matière de santé sexuelle.

Mode d'emploi des Lignes directrices

Les *Lignes directrices* ne sont pas destinées à offrir des plans d'études particuliers ou des stratégies pédagogiques concrètes. Le présent document propose un cadre de travail qui présente les grandes lignes des principes régissant la conception et l'évaluation d'une éducation générale en matière de santé sexuelle fondée sur des données probantes. Les énoncés contenus dans ces *Lignes directrices* appuient chaque principe et situent le contexte nécessaire à des programmes et à des politiques d'éducation efficaces et inclusives en matière de santé sexuelle au Canada.

Le lecteur devrait commencer par examiner la section *Concepts clés*, qui présente les fondements des *Lignes directrices*, lui donnant ainsi une idée de la manière dont ces concepts clés sont définis.

La section *Exploration de la santé sexuelle et de l'éducation en matière de santé sexuelle* aborde et reconnaît les différents points de vue sur la notion de santé sexuelle, définit les buts de l'éducation en matière de santé sexuelle, et souligne la nécessité de répondre aux multiples besoins en matière de santé sexuelle des diverses populations.

La section *Élaboration d'un cadre général pour l'éducation en matière de santé sexuelle* explique comment une philosophie commune et des principes directeurs clairs peuvent être appliqués aux programmes destinés à améliorer la santé sexuelle et contribuer, à leur tour, à éviter et à diminuer les conséquences négatives sur le plan de la santé sexuelle. Les principes et les stratégies proposés suggèrent des étapes qui peuvent servir à la planification présente et future de programmes et à l'élaboration en cours ou à venir de politiques. Les *listes de contrôle* offrent aux particuliers un outil qui leur permettra d'examiner et d'évaluer leurs propres programmes de santé sexuelle. Des plans d'action conçus à partir d'examens de ce genre peuvent aider à déceler des lacunes dans les services afin d'améliorer la santé sexuelle des Canadiens.

La section *Théories et recherche en éducation en matière de santé sexuelle* présente un bref résumé des principaux modèles théoriques relatifs à la santé sexuelle et propose des moyens d'utiliser la recherche fondée sur des données probantes pour concevoir et mettre à jour des plans d'études et des programmes d'éducation en matière de santé sexuelle. Cette section

démontre également que les plans d'études et les programmes d'éducation qui reposent sur des modèles théoriques éprouvés, comme le modèle *information, motivation et habiletés comportementales* (IMHC), ont plus de chance d'atteindre les résultats désirés.

Dans l'ensemble, les *Lignes directrices* traitent en détail des éléments d'un programme efficace d'éducation en matière de santé sexuelle (consultez la figure 1, à la page 18). Elles peuvent faciliter la planification, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et des initiatives d'éducation en matière de santé sexuelle qui aideront les personnes à acquérir l'information, la motivation et les habiletés comportementales nécessaires pour obtenir des résultats positifs sur le plan de la santé sexuelle.

Particuliers et organismes susceptibles de bénéficier des *Lignes directrices*

Les particuliers qui pourraient bénéficier de ce document sont : les responsables des politiques sanitaires et éducatives; les concepteurs de programmes d'études; les chercheurs en éducation; les enseignants, les administrateurs scolaires; les professionnels de soins de santé; les travailleurs sociaux; les conseillers, les thérapeutes; les travailleurs en santé communautaire et publique; les parents, le clergé et ses membres, ainsi que toutes les autres personnes qui sont concernées par la planification, la prestation et l'évaluation d'une éducation générale en matière de santé sexuelle.

Les organisations qui pourraient bénéficier de ce document sont : les services de santé et les ministères de la Santé à l'échelle municipale, provinciale, territoriale et

fédérale; les services d'éducation, les services à l'enfance et les services sociaux; les unités de santé publique; les organismes de services communautaires; les écoles; les collèges; les universités; les foyers de groupe; les organismes et les organisations pour les jeunes; les cliniques de santé sexuelle et de dépistage des infections transmises sexuellement (ITS) ou du VIH; les centres de santé communautaires; les organisations religieuses ou confessionnelles; les organisations de parents ou d'enseignants; les établissements de soins de longue durée ainsi que les intervenants participant à la planification, à la prestation et à l'évaluation d'une éducation générale en matière de santé sexuelle tout au long de la vie.

Concepts clés

Lors d'une discussion qui porte sur des questions concernant la santé sexuelle, il est important de reconnaître que les termes et les concepts clés peuvent avoir des significations différentes, et parfois contradictoires, pour différents groupes et personnes. Le présent document reconnaît et embrasse ces différences qui peuvent découler de la diversité en matière de normes et de valeurs culturelles, environnementales et communautaires. Afin de faciliter l'utilisation du présent document, les définitions suivantes des concepts clés sont puisées de sources qui reflètent cette vision élargie.

Santé

Comme la définit l'Organisation mondiale de la Santé, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ¹. »

Cette définition saisit bien la notion de « santé positive » qui suppose non seulement l'élimination de problèmes de santé concrets, mais également [traduction] « l'amélioration de la qualité de la vie, le fonctionnement efficace, la capacité de fonctionner à des niveaux plus productifs ou plus satisfaisants et la possibilité de vivre toute sa vie avec vigueur et énergie². »

La recherche démontre que des facteurs extérieurs au système de soins de santé peuvent avoir une incidence importante sur la santé et le sentiment de bien-être d'une personne. Cette notion plus générale de la santé tient compte des interactions très variées et complexes entre les facteurs sociaux, économiques, physiques et

environnementaux qui contribuent à la santé et au bien-être individuel³. Souvent ignorée, la santé sexuelle constitue pourtant un aspect du sentiment d'être en santé et de bien se porter d'un individu qui revêt une importance capitale.

Promotion de la santé

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci⁴. »

[traduction libre] « La promotion de la santé s'impose comme une composante centrale de la santé publique contemporaine qui vise à promouvoir la santé physique, sociale, [sexuelle, reproductive] et mentale de l'ensemble de la collectivité⁵. »

« La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes⁶. »

Éducation pour la santé

« L'éducation pour la santé concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi, tous nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé. L'éducation pour la santé comprend la communication

d'informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la santé, ainsi que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé⁶. »

Sexualité

[traduction libre] « La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend l'appartenance sexuelle, l'identité et les rôles sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. La sexualité peut inclure toutes ces dimensions, qui ne sont toutefois pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels⁷. »

En proie à toutes ces influences, la sexualité est comparable à un ensemble complexe, fluide et dynamique de forces qui constituent un aspect essentiel au sentiment d'identité, de bien-être social et de santé personnelle de l'individu.

Santé sexuelle

[traduction libre] « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations

sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour atteindre la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun⁷. »

[traduction libre] « La santé sexuelle est influencée par un réseau complexe de facteurs, allant du comportement sexuel aux attitudes et aux facteurs sociétaux, en passant par les risques biologiques et la prédisposition génétique. Elle englobe les problèmes du VIH et des infections transmises sexuellement (ITS) ou des infections de l'appareil génital (IAG), les grossesses non désirées et les avortements, l'infertilité et le cancer attribuables à des ITS ainsi que la dysfonction sexuelle. La santé sexuelle peut également être influencée par la santé mentale, par les maladies aiguës et chroniques et par la violence⁷. »

Éducation en matière de santé sexuelle

La santé sexuelle est le processus qui consiste à procurer aux personnes, aux couples, aux familles et aux collectivités les renseignements, la motivation et les habiletés comportementales nécessaires pour améliorer l'épanouissement sexuel et pour éviter les problèmes d'ordre sexuel.

L'éducation en matière de santé sexuelle est un processus général, axé sur la collectivité, qui exige la pleine participation des établissements d'éducation, de santé publique, de bien-être social, médical et judiciaire de notre société. Elle fait appel aux valeurs personnelles, familiales, religieuses et sociales qui entrent en ligne de compte pour comprendre un comportement sexuel, pour prendre des décisions à cet égard et pour les appliquer.

Une éducation efficace en matière de santé sexuelle assure un dialogue ouvert et non discriminatoire qui respecte les croyances individuelles. Elle est sensible aux différents besoins des individus, quels que soient leur âge, leur race, leur origine ethnique, leur identité sexuelle, leur orientation sexuelle, leur milieu socio-économique, leurs capacités physiques et cognitives et leur appartenance religieuse.

- ▶ *décider ou non d'avoir des enfants et du moment de les avoir;*
- ▶ *avoir une vie sexuelle satisfaisante, sans risques et agréable.*

L'exercice responsable des droits de la personne exige que toutes les personnes respectent les droits d'autrui⁷. »

Droits sexuels

[traduction libre] « Les droits sexuels incluent les droits de la personne qui sont déjà reconnus dans les lois nationales, les documents internationaux sur les droits de la personne et dans d'autres énoncés de consensus. Ils comprennent le droit de toutes les personnes, sans coercition, ni discrimination et ni violence à :

- ▶ *atteindre le plus haut niveau de santé sexuelle, y compris l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive;*
- ▶ *chercher, à recevoir et à communiquer de l'information sur la sexualité;*
- ▶ *une éducation à la sexualité;*
- ▶ *être respectées au niveau de l'intégrité corporelle;*
- ▶ *pouvoir choisir leur partenaire;*
- ▶ *décider d'être sexuellement actives ou non;*
- ▶ *des relations sexuelles consensuelles;*
- ▶ *un mariage consensuel;*

Exploration de la santé sexuelle et de l'éducation en matière de santé sexuelle

Les *Lignes directrices canadiennes pour la santé en matière de santé sexuelle* sont fondées sur la définition fonctionnelle de la santé sexuelle proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), car elle reconnaît les complexités de la santé sexuelle ainsi que les droits des particuliers à cet égard. L'accès à une éducation sexuelle opportune et générale joue un rôle important pour assurer les droits de la personne en matière de santé sexuelle. Par ailleurs, la reconnaissance des complexités de la santé sexuelle aidera à faire en sorte que les personnes qui se servent des *Lignes directrices* créent des plans d'études, des programmes d'éducation et des occasions d'apprentissage qui sont inclusifs. Malgré l'attrait de cette définition, les utilisateurs devraient savoir qu'il n'existe pas de définition unique ou universelle de la santé sexuelle⁸.

Construction sociale de la santé sexuelle

Les valeurs et les normes qui se rapportent à la sexualité et à la santé émanent de sources variées, notamment des points de vue sociaux et religieux, de la science, de la médecine et de l'expérience individuelle. Aucune définition de la santé sexuelle ne représentera complètement cette diversité à elle seule. En effet, un examen de l'émergence de la notion de santé sexuelle a permis de conclure que [traduction libre] « il n'y a pas de consensus international sur la notion de santé sexuelle et sur sa mise en œuvre dans les politiques de santé publique⁹. »

Les particuliers ou les groupes qui proposent une définition particulière de la santé sexuelle peuvent sembler avoir de bonnes raisons de faire ce choix. Cela dit, ces raisons sont souvent éclairées par des pratiques culturelles

qui, par le fait même, donnent lieu à une définition non critique qui correspond à la société existante. Dans ce contexte, il a été avancé que [traduction libre] « [nous] ne pouvons pas outrepasser ces processus culturels pour concevoir une notion universellement acceptable de la sexualité¹⁰ » et le présent document reconnaît qu'il en va de même pour la notion de santé sexuelle.

Les termes « santé » et « sain » sont susceptibles d'être associés traditionnellement au domaine de la médecine et, de ce fait, ils ont souvent une connotation et une autorité médicales prescrites. L'expression « santé sexuelle » peut donc être mal comprise, pouvant exprimer l'approbation ou la désapprobation de certains comportements ou de certaines personnes, sous l'apparence d'une prétendue « vérité médicale ». Par conséquent, des professionnels ou des éducateurs peuvent hésiter à promouvoir une notion de santé sexuelle par le truchement de l'éducation, que ce soit directement, en la définissant, ou indirectement, en élaborant des lignes directrices.

Trois approches différentes peuvent être envisagées pour définir la santé sexuelle :

- i. Éviter de définir l'expression « santé sexuelle » parce que notre compréhension de la sexualité est tributaire des normes sociales et que, de ce fait, il est impossible d'en formuler une définition qui ne soit ni entachée d'idéologie, ni normative^{11,12}.

Selon cette approche, élaborer une définition de la santé sexuelle à l'usage des programmes éducatifs risque de transmettre des messages percutants qui indiquent ce qui est considéré être une

sexualité ou un comportement sexuel « convenable » ou « normal ». Ces messages peuvent être présentés comme des faits « scientifiques », alors qu'en réalité, ils montrent les points de vue normatifs bien établis qui correspondent aux perceptions qu'a l'éducateur ou le grand public de la sexualité. Dans cette optique, les programmes d'éducation qui traitent de la sexualité devraient éviter de faire des références directes aux définitions de la santé sexuelle.

- ii. Définir l'expression et l'employer avec circonspection. Garder à l'esprit que les définitions de la santé sexuelle peuvent changer et qu'elles ne devraient pas être considérées comme des règles de conduite rigides¹³.

Cette approche tient compte du fait que les croyances à l'égard de la santé sexuelle varient d'une personne à l'autre et qu'elles peuvent changer au fil du temps selon des contextes culturels ou confessionnels différents. Même si les expressions comme « santé sexuelle » peuvent être problématiques, l'atteinte d'une « santé » globale est généralement acceptée comme un résultat souhaitable. Les professionnels devraient donc employer des expressions comme « santé sexuelle » avec prudence. Sous cet angle, les définitions de la santé sexuelle devraient s'en tenir à des questions de droits individuels, de besoins, de désirs et d'obligations individuels plutôt qu'à des codes de conduite prescriptifs ou à des systèmes de croyances rigides.

- iii. Considérer l'expression comme une vision optimiste¹⁴.

Avec cette approche, l'expression « santé sexuelle » sert à établir une gamme d'« indicateurs de la santé

sexuelle » qui sous-entend un ensemble préconisé ou idéal d'attitudes et de comportements sexuels qui ne portent aucun jugement.

Par exemple, une telle approche pourrait préciser qu'en ce qui concerne leur sexualité, les personnes devraient tenter d'atteindre et de maintenir un certain niveau de fonctionnement sexuel exempt d'anxiété et de culpabilité et de s'orienter vers des relations intimes agréables afin de parvenir à une santé sexuelle optimale.

Avant de mettre en application l'une des approches susmentionnées, les professionnels qui évoluent dans ce domaine devraient reconnaître et mettre au défi leurs propres valeurs et leurs propres normes, ainsi que les valeurs et les normes de l'organisation ou de l'organisme pour lequel ils travaillent. Ils devraient également savoir cibler les besoins de leur clientèle. Enfin, ils doivent demeurer conscients des différentes significations et compréhensions associées à l'expression « santé sexuelle ».

Buts de l'éducation en matière de santé sexuelle

La santé sexuelle est un aspect important et positif de la santé personnelle et d'un mode de vie sain. L'éducation en matière de santé sexuelle devrait être offerte à tous les Canadiens comme un élément important des programmes et des services de promotion de la santé. Les buts de l'éducation en matière de santé sexuelle, tels qu'ils sont décrits dans ce document, sont les suivants :

- i. aider les gens à obtenir des résultats positifs, tels que l'estime de soi, le respect de soi-même et d'autrui, des relations sexuelles sans exploitation, des relations humaines épanouissantes, la décision libre et éclairée quant à la reproduction;

- ii. éviter les conséquences négatives, comme les ITS ou le VIH, la coercition sexuelle et les grossesses non désirées.

Reconnaître et savoir répondre aux différents besoins de l'éducation en matière de la santé sexuelle

Tous les Canadiens ont droit à une éducation en matière de santé sexuelle qui correspond à leurs besoins. Des populations diverses, comme les minorités ethniques, les personnes âgées, les personnes qui ont un handicap physique ou développemental et les personnes qui sont désavantagées sur le plan socio-économique, comme les jeunes de la rue, n'ont souvent pas accès à de l'information et à une éducation qui répondent à leurs besoins particuliers. De ce fait, il est important que les éducateurs et les fournisseurs de services en matière de santé sexuelle prêtent une attention particulière aux programmes et ressources qui sont favorables à la santé sexuelle et au bien-être personnel de ces individus toute leur vie durant. Les *Lignes directrices* proposent que les différents besoins des diverses populations soient inclus dans toutes les facettes de l'éducation générale en matière de santé sexuelle. Les exemples suivants sont représentatifs de ce plus grand principe.

Minorités sexuelles

En ce qui a trait à la diversité sexuelle, la recherche contemporaine indique qu'entre 2 et 10 % des individus de la société canadienne se disent non hétérosexuels¹⁵. En raison d'une combinaison complexe de circonstances, comme le milieu culturel et religieux, la situation géographique, la pression exercée par les pairs, et autres, encore plus d'individus peuvent se livrer

à des activités sexuelles entre personnes de même sexe, sans pour autant s'afficher comme étant lesbienne, gai, bisexuel, transgenre, bispirituelle ou allosexuelle (LGBTBA). À titre d'exemple, un sondage réalisé auprès de 1 358 jeunes canadiens âgés de 13 à 29 ans a révélé que, même si 3,5 % des répondants s'identifiaient comme des membres d'une minorité sexuelle, 7,5 % des jeunes hétérosexuels interrogés reconnaissaient avoir fait des expériences sexuelles avec des personnes de même sexe¹⁶. Devant de telles statistiques, il est important de se rappeler que comportement sexuel et identité sexuelle ne sont pas toujours synonymes lorsqu'il s'agit d'éducation. Cette prise de conscience a des implications importantes pour les éducateurs et les professionnels de la santé qui sont concernés par l'éducation et par la promotion en matière de santé sexuelle auprès des différentes populations.

Quant aux besoins sanitaires des minorités sexuelles, il a été suggéré que [traduction libre] « les soins adéquats pour [les jeunes et les adultes LGBTBA] ne nécessitent pas de compétences particulières ni de formation approfondie, mais plutôt de savoir reconnaître que tous les jeunes [et tous les adultes] ne sont pas hétérosexuels, de savoir être sensible lors des entrevues de routine et de comprendre les facteurs stressants qui touchent [les jeunes et les adultes LGBTBA]. Ceci permettra aux fournisseurs de soins de savoir mieux évaluer leurs besoins et d'en tenir compte¹⁷. »

Les principaux facteurs de protection qui sont importants pour les jeunes qui appartiennent à une minorité sexuelle sont notamment une famille indulgente, des pairs et des réseaux sociaux positifs, un accès à de l'information neutre sur la santé sexuelle, ainsi que des soutiens communautaires et des services de santé qui n'excluent personne¹⁸. Un soutien qui encourage et qui tient compte

de ces facteurs est indispensable et devrait être offert à tous les jeunes et adultes, peu importe leur orientation et leur identité sexuelles. Offrir une éducation en matière de santé sexuelle qui s'applique aux besoins individuels constitue l'une des étapes essentielles pour assurer des soins de qualité et des services ouverts à tous incluant les minorités qui passent souvent inaperçues et qui ne reçoivent pas suffisamment de services dans la société canadienne.

Pour les définitions des termes utilisés, voir le glossaire de termes relatifs à l'orientation sexuelle et à l'identité sexuelle à l'annexe B, à la page 59.

Les personnes âgées

L'éducation en matière de santé sexuelle est primordiale peu importe l'âge. Cependant l'éducation concernant les besoins des personnes âgées en matière de santé sexuelle est parfois négligée ou évitée. Le vieillissement entraîne des changements naturels au point de vue physique et mental, qui peuvent influencer l'intimité et la réaction sexuelles¹⁹. Une communication ouverte avec un professionnel de la santé et l'accès à des renseignements pertinents à leurs besoins peuvent aider les personnes âgées à s'adapter aux changements qui touchent leurs relations personnelles et sexuelles. Les pratiques sexuelles sans risque sont aussi de mise puisque les ITS touchent les personnes de tous âges¹⁹. Les besoins personnels des personnes âgées en matière de santé sexuelle peuvent devenir plus complexes lorsque les relations intimes surviennent ou se développent en milieux institutionnels comme les établissements de soins prolongés où un manque d'intimité ainsi que les rôles et responsabilités du personnel peuvent s'avérer inquiétants. Dans ce contexte, l'éducation et la sensibilisation aux besoins personnels en

matière de santé sexuelle sont toutes deux importantes, autant pour les personnes âgées que pour les professionnels de la santé.

Les personnes handicapées

Les personnes qui ont un handicap physique, une maladie chronique ou une déficience liée au développement doivent avoir accès, elles aussi, à une éducation en matière de santé sexuelle qui répond à leurs besoins particuliers. Même si les besoins des personnes handicapées reçoivent une plus grande attention que par le passé sur le plan de l'éducation et des services en matière de santé sexuelle, pour de nombreuses personnes, le genre d'éducation qui favorise l'expression de leur sexualité est souvent insuffisant. Les personnes qui ont une déficience développementale risquent donc d'être moins bien informées et d'avoir moins d'occasions de se renseigner sur la santé sexuelle que l'ensemble de la population²⁰. Les besoins particuliers des personnes handicapées sont très variés, et cette distinction devrait également être considérée au moment d'élaborer des plans d'études ou des programmes d'éducation. Comme l'indiquent les recherches : [traduction libre] « Non seulement la population handicapée a-t-elle besoin des mêmes renseignements fondamentaux sur la santé sexuelle et des mêmes possibilités pour acquérir des habiletés que la population qui n'est pas handicapée, mais les personnes qui ont une déficience physique ou développementale ont également besoin d'informations et d'aptitudes liées à la sexualité qui sont spécifiques à leur déficience²¹. »

Les jeunes de la rue

La plupart des jeunes bénéficient d'une éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire et à la maison. Cela dit, les jeunes qui vivent dans la rue et qui ont abandonné leurs études ou ont été renvoyés de leur école, n'ont souvent pas accès à l'éducation générale en matière de santé sexuelle. Les résultats d'études canadiennes menées sur les jeunes de la rue ont révélé que ces derniers sont plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels à un plus jeune âge ²² et qu'ils sont plus à risque de contracter plusieurs infections transmises sexuellement ²³ que les jeunes de l'ensemble de la population. Les jeunes de la rue n'ont souvent pas l'avantage d'avoir un milieu familial ou scolaire positif et, de ce fait, font partie des populations les plus vulnérables au Canada. Il est important que des initiatives de sensibilisation et des milieux sécuritaires, comme des centres d'hébergement et de dépannage, soient en mesure de fournir de l'information et des services en matière de santé sexuelle à ces jeunes qui n'y auraient peut-être pas accès autrement.

L'accessibilité et l'intégralité de l'éducation en matière de santé sexuelle sont deux principes importants d'une éducation efficace en matière de santé sexuelle qui sont clairement exprimés dans les *Lignes directrices*. Il appartient aux éducateurs, aux professionnels de la santé et à leurs organisations respectives d'aborder les besoins particuliers d'éducation en matière de santé sexuelle des personnes qui peuvent être isolées ou rejetées en raison de leur diversité. La connaissance de ces besoins distincts peut favoriser l'éducation inclusive, impartiale et générale en matière d'éducation sexuelle à laquelle toutes les personnes, y compris les jeunes, devraient avoir accès.

Élaboration d'un cadre général pour l'éducation en matière de santé sexuelle

Les *Lignes directrices* ont été conceptualisées et intégrées au sein d'un cadre général pour l'éducation en matière de santé sexuelle. Le cadre énoncé est constitué de la philosophie, des éléments et des caractéristiques d'une éducation efficace en matière de santé sexuelle et assorti de principes directeurs.

Philosophie

L'expression de la sexualité humaine et son intégration à la vie d'une personne exigent une interaction dynamique entre :

- les aptitudes et les désirs personnels;
- les besoins et les droits d'autrui;
- les exigences et les attentes de la société.

Une éducation efficace en matière de santé sexuelle devrait être adaptée à l'âge, tenir compte des antécédents culturels qui respecte la diversité sexuelle ainsi que les capacités et les choix individuels. En outre, une éducation efficace en matière de santé sexuelle doit :

- ▶ éviter toute discrimination fondée sur l'âge, la race, l'origine ethnique, l'identité sexuelle, l'orientation sexuelle, le milieu socio-économique, les capacités physiques et cognitives et l'appartenance religieuse en ce qui concerne l'accès à de l'information pertinente, adéquate, précise et complète;
- ▶ mettre l'accent sur l'estime de soi, le respect et la dignité de la personne;

- ▶ aider les personnes à devenir plus sensibles et conscientes des effets que leurs comportements et leurs gestes peuvent avoir sur les autres et sur la société;
- ▶ insister sur le fait que la santé sexuelle est un processus diversifié et interactif qui exige le respect de soi et d'autrui;
- ▶ intégrer les aspects de la sexualité humaine qui sont positifs, qui améliorent la vie et qui sont enrichissants, tout en cherchant à prévenir et à diminuer les conséquences négatives sur le plan de la santé sexuelle;
- ▶ intégrer une approche continue qui procure de l'information, un soutien motivationnel et des occasions d'acquérir des compétences qui correspondent aux besoins des individus au fur et à mesure qu'ils vieillissent, qu'ils acquièrent des habiletés et qu'ils franchissent des étapes dans leur vie;
- ▶ être structurée de façon à amener les personnes à modifier leurs comportements et à avoir confiance en elles en les incitant à faire des choix éclairés sans porter de jugement;
- ▶ favoriser une pensée et une réflexion critiques sur l'identité sexuelle et sur les stéréotypes sexuels. Elle reconnaît la nature dynamique des rôles assignés à chacun des sexes, du pouvoir et du privilège ainsi que l'incidence des questions liées à l'appartenance sexuelle dans la société. Elle reconnaît également la variété grandissante des

choix qui s'offrent aux personnes et de la nécessité de mieux comprendre et de mieux communiquer afin d'apporter des changements positifs pour la santé des personnes et pour la société;

- ▶ remettre en question la dynamique plus globale et souvent invisible de la société qui privilégie certains groupes, comme les hétérosexuels, et cerner les dynamiques qui marginalisent ou qui désavantagent d'autres groupes, comme les minorités sexuelles, les personnes handicapées et les jeunes de la rue;
- ▶ aborder les raisons pour lesquelles il est souvent difficile de pratiquer une éducation en matière de santé sexuelle qui dénonce l'oppression;
- ▶ reconnaître les besoins particuliers de certains groupes, notamment les aînés, les nouveaux immigrants, les communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis, les jeunes, y compris ceux qui sont « difficiles à atteindre » (comme les personnes de la rue, les personnes incarcérées), les minorités sexuelles (comme les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les transgenres, les bispirituels, les intersexués et les allosexuels) ainsi que les personnes qui ont un handicap physique ou de développement ou qui ont été victimes de coercition ou d'abus sexuels;
- ▶ assurer une éducation en matière de santé sexuelle fondée sur des données probantes qui s'inscrit dans le contexte de l'âge, de la race, de l'origine ethnique, de l'identité sexuelle, de l'orientation sexuelle, du milieu socio-économique, des capacités physiques et cognitives et de l'appartenance religieuse de la personne et d'autres caractéristiques similaires.

LISTE DE CONTRÔLE POUR L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES

EN RAPPORT AVEC les fondements philosophiques de l'éducation en matière de santé sexuelle adoptés dans les *Lignes directrices*...

L'activité, le programme ou la politique d'éducation en matière de santé sexuelle intègre le fondement philosophique préconisé dans les Lignes directrices.



CARACTÉRISTIQUES PRÉVUES :	NOTES :
<input type="checkbox"/> Le programme d'éducation en matière de santé sexuelle met l'accent sur l'estime de soi et la dignité de la personne.	
<input type="checkbox"/> L'activité ou le programme d'éducation en matière de santé sexuelle sensibilise les gens aux conséquences éventuelles de leur comportement sur autrui.	
<input type="checkbox"/> Le programme d'éducation en matière de santé sexuelle reflète une approche équilibrée sur l'amélioration de la santé sexuelle et la prévention de problèmes.	
<input type="checkbox"/> Le programme d'éducation en matière de santé sexuelle considère cette éducation comme un processus à vie qui doit être envisagé à tous les âges et à toutes les étapes de la vie.	
<input type="checkbox"/> Le programme d'éducation en matière de santé sexuelle favorise les changements comportementaux par le biais de choix individuels éclairés.	



Le programme d'éducation en matière de santé sexuelle assure que l'accessibilité et le contenu de la formation soient libres de toute discrimination fondée sur la race, l'origine ethnoculturelle, le sexe, l'orientation sexuelle, le milieu socio-économique, les capacités physiques et cognitives, l'appartenance religieuse et d'autres caractéristiques similaires.



Le programme d'éducation en matière de santé sexuelle vise à corriger les malentendus et à réduire la discrimination fondée sur les caractéristiques déjà mentionnées.

Éléments de l'éducation en matière de santé sexuelle

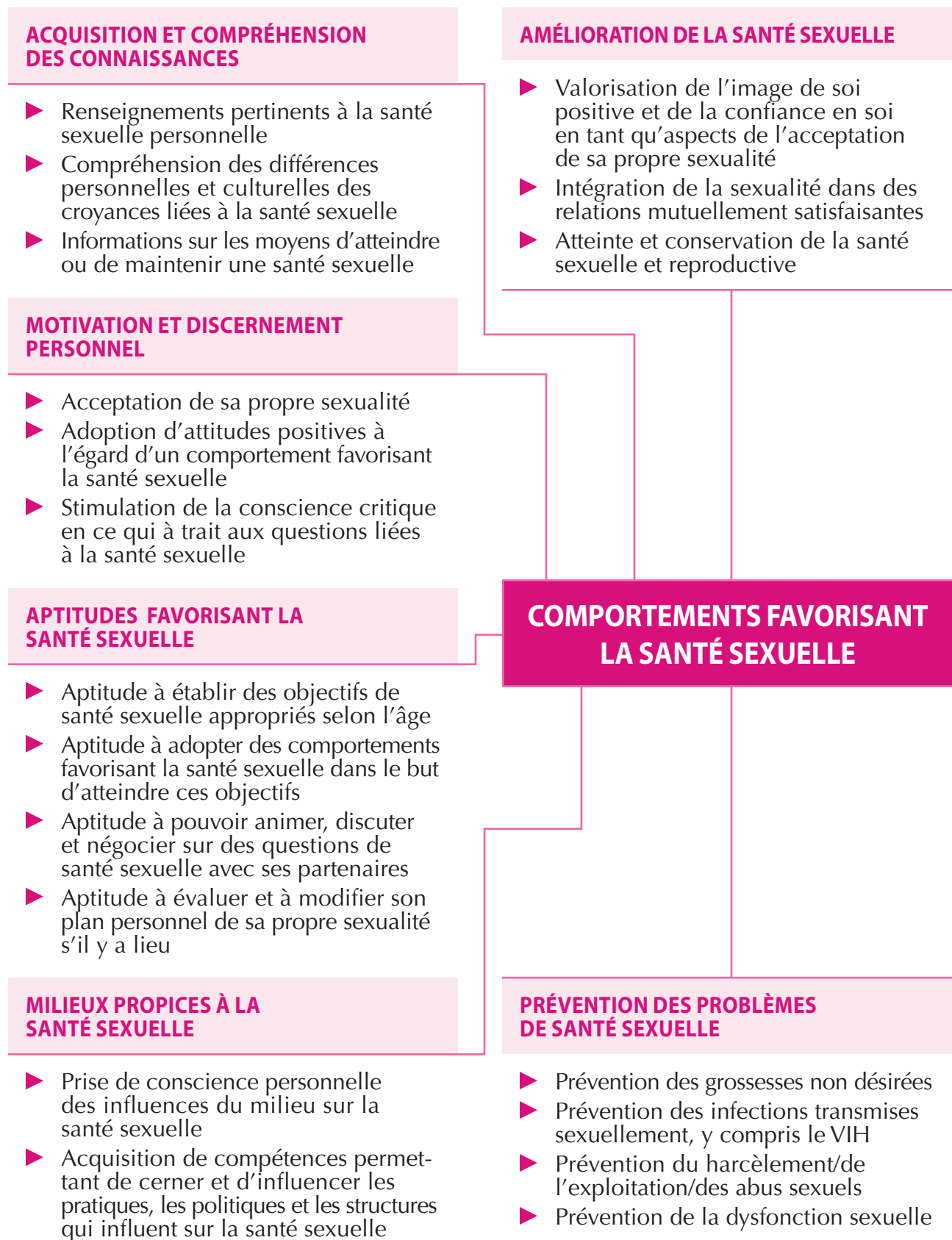
Une éducation générale et efficace en matière de santé sexuelle fait appel à une combinaison d'expériences d'apprentissage qui permettent aux personnes :

- ▶ d'acquérir une meilleure compréhension des préoccupations et des besoins qui touchent leur propre santé sexuelle;
- ▶ d'acquérir la confiance, la motivation et le discernement nécessaires pour mettre ces connaissances en application;
- ▶ d'acquérir les aptitudes nécessaires pour améliorer leur santé sexuelle et pour éviter les conséquences négatives sur le plan de la santé sexuelle;
- ▶ de participer à la création d'un milieu sûr, sécuritaire et inclusif qui favorise la meilleure santé sexuelle possible.

Les recherches démontrent invariablement que l'éducation en matière de santé sexuelle aura plus de chances de donner de bons résultats si elle permet d'acquérir une compréhension, une motivation et des habiletés et si elle est donnée dans un milieu propice à la santé sexuelle (pour plus d'information, consultez la section *Théories et recherche en éducation en matière de santé sexuelle*, à la page 39).

Les éléments de l'éducation en matière de santé sexuelle sont analysés ci-dessous et résumés à la figure 1, à la page 18.

Figure 1.
Éléments de l'éducation en matière de santé sexuelle



Acquisition et compréhension des connaissances

Cet élément aide les personnes à :

- ▶ acquérir les connaissances et la compréhension qui conviennent à leur niveau de développement et à leur capacité et qui s'appliquent directement à leurs propres besoins en matière de santé sexuelle, y compris de l'information sur les stades de développement, la prévention des problèmes d'ordre sexuel et le maintien ou l'atteinte d'un niveau optimal de santé sexuelle;
- ▶ intégrer des renseignements pertinents dans leurs propres valeurs afin de concevoir un plan personnel de santé sexuelle;
- ▶ reconnaître les comportements, les ressources et les systèmes de soutien qui peuvent les aider à atteindre une santé sexuelle positive et satisfaisante, ainsi qu'à résoudre les obstacles personnels, culturels et/ou sociétaux parfois expérimentés face à la santé sexuelle;
- ▶ apprendre à mettre leurs connaissances et leur compréhension en application en adoptant un comportement qui les aidera à atteindre une santé sexuelle positive et satisfaisante et d'en éviter les conséquences négatives;

- ▶ apprendre à transmettre leurs connaissances et à encourager l'échange de renseignements sur la santé sexuelle avec leur famille, leurs amis, leurs partenaires et leur communauté.

Motivation et discernement personnel

Cet élément aide les personnes à :

- ▶ adopter des attitudes personnelles positives vers l'atteinte d'une santé sexuelle et d'agir de manière à favoriser la santé sexuelle;
- ▶ saisir des occasions d'éclaircir leurs propres valeurs;
- ▶ favoriser l'acceptation de leur propre sexualité et l'estime de soi comme un appui pour atteindre, maintenir et améliorer leur santé sexuelle;
- ▶ prendre conscience des bienfaits personnels d'agir pour améliorer sa santé sexuelle et d'en prévenir et/ou d'en réduire les conséquences négatives en faisant autrement. Ceci aide les individus à réaliser qu'il existe un système de support social, tel que l'approbation des pairs, pouvant les encourager à agir afin de favoriser la santé sexuelle.

Aptitudes favorisant la santé sexuelle

Cet élément aide les personnes à :

- ▶ acquérir des compétences adaptées à leur développement qui leur sont nécessaires pour atteindre leurs objectifs personnels en matière de santé sexuelle. Il s'agit d'un processus décisionnel personnel dans le cadre duquel les personnes intègrent et évaluent l'information et les connaissances en fonction de leurs propres valeurs afin de prendre des décisions réfléchies sur leurs besoins et préoccupations en matière de santé sexuelle;
- ▶ profiter des occasions pour apprendre comment soulever, discuter et négocier des questions de santé sexuelle avec leurs partenaires. Par exemple, les personnes apprendraient à négocier et à fixer des limites sexuelles, notamment en choisissant de ne pas s'adonner à des activités sexuelles qu'elles ne désirent pas; à exprimer clairement leurs préoccupations, à négocier et à toujours observer des pratiques sexuelles sécuritaires; à éviter une situation ou à se sortir, sans danger, d'une situation où la santé personnelle et sexuelle est compromise; et à créer des liens réconfortants, affectueux et respectueux;
- ▶ apprendre à identifier les défis possibles en matière de santé, à évaluer les conséquences éventuelles de leurs pratiques en matière de santé sexuelle et à modifier leurs comportements au besoin;

- ▶ apprendre à se servir de matériel et à accéder à des ressources favorisant la santé sexuelle, comme utiliser des condoms ou autres méthodes de protection, se soumettre régulièrement à des tests de dépistage d'ITS ou du VIH, et, savoir rechercher le support d'un conseiller ou d'un professionnel suite à une agression ou une coercition sexuelle;
- ▶ avoir confiance en leur capacité d'obtenir des résultats positifs sur le plan de la santé sexuelle. Ceci aidera les personnes à négocier plus efficacement des rapports et des comportements sexuels sains avec leur partenaire. Le but recherché consiste à encourager l'adoption de comportements conséquents qui amélioreront la santé sexuelle et qui les aideront à acquérir des moyens appropriés pour communiquer leurs objectifs face à leur santé sexuelle. Les personnes qui se sentent rassurées lorsqu'elles font des choix positifs à propos de leur santé sexuelle, sont portées à le faire de manière plus constante. Elles peuvent également avoir la confiance nécessaire pour évaluer elles-mêmes leur relation ou leur situation et pour demander une aide professionnelle afin d'avoir accès à des soins, des traitements et du soutien en vue d'améliorer leur situation.

Milieus propices à la santé sexuelle

Cet élément aide les personnes à :

- ▶ comprendre de quelles façons le milieu peut favoriser ou entraver les efforts individuels investis pour atteindre et maintenir une santé sexuelle;

- ▶ créer une ambiance dans laquelle elles se sentent en confiance pour poser des questions, discuter de leurs valeurs et partager leur point de vue avec les autres;
- ▶ respecter des opinions, des normes et des valeurs diverses, soutenir les décisions qui favorisent la santé sexuelle et contester celles qui ne le sont pas;
- ▶ s'assumer en acquérant les connaissances, la compréhension et les compétences nécessaires pour accéder aux ressources en matière de santé sexuelle disponibles dans leur communauté, et pour agir individuellement et collectivement dans le but de créer des milieux propices à la santé sexuelle;
- ▶ évaluer les besoins d'un groupe en matière de santé sexuelle et à noter l'existence ou le manque de ressources ou de soutien pour y répondre;
- ▶ organiser, appuyer et promouvoir les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle ainsi que les services cliniques et les services de counselling qui sont nécessaires;
- ▶ accroître l'impact de l'éducation en matière de santé sexuelle par le biais de messages cohérents et coordonnés et de campagnes de sensibilisation de la santé, communiqués par les autorités gouvernementales, les organismes de services sociaux, les employeurs, les médias, les organisations religieuses et confessionnelles, les dirigeants communautaires et les modèles ainsi que par d'autres établissements, individus et organismes pertinents.

Principes directeurs

La philosophie de l'éducation en matière de santé sexuelle que nous avons adoptée dans le présent document fait état de cinq principes qui caractérisent un programme efficace d'éducation en matière de santé sexuelle. Ces principes sont :

- ▶ **L'ACCESSIBILITÉ** – L'éducation en matière de santé sexuelle devrait être accessible à toutes les personnes, peu importe leur appartenance.
- ▶ **L'INTÉGRALITÉ** – L'éducation en matière de santé sexuelle devrait aborder différents objectifs de promotion de la santé sexuelle et de prévention des maladies et être une action concertée entre les particuliers, les organisations, les organismes et les gouvernements.
- ▶ **L'EFFICACITÉ DES APPROCHES ET DES MÉTHODES ÉDUCATIVES** – L'éducation en matière de santé sexuelle devrait intégrer les principaux éléments suivants : l'acquisition et la compréhension des connaissances; la motivation et le discernement; les habiletés qui favorisent la santé sexuelle ainsi que la prise de conscience critique et les compétences nécessaires pour créer des milieux favorables à la santé sexuelle.
- ▶ **LA FORMATION ET LE SOUTIEN ADMINISTRATIF** – L'éducation en matière de santé sexuelle devrait être présentée par des personnes qui sont à l'aise avec le sujet solidement formées, bien renseignées et neutres qui bénéficient d'un bon soutien administratif de la part de leur organisme ou de leur organisation.

▶ **LA PLANIFICATION, L'ÉVALUATION, LA MISE À JOUR ET LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL** – L'éducation en matière de santé sexuelle exerce la plus grande influence lorsqu'elle est :

- planifiée soigneusement, en collaboration avec les publics visés;
- évaluée en fonction des résultats des programmes et des commentaires des participants;
- mise à jour régulièrement;
- renforcée par des milieux qui sont propices à l'éducation en matière de santé sexuelle.

Principe 1 : *Une éducation en matière de santé sexuelle accessible à tous les Canadiens*

Une éducation efficace en matière de santé sexuelle est accessible à des groupes variés et tient compte des différents besoins d'information, de motivation et du développement des compétences. Elle assure l'accessibilité de services éducatifs et l'aménagement de milieux d'apprentissage favorables et neutres.

Lignes directrices

Cette section traite du principe général de l'accessibilité tel qu'il s'applique à une éducation efficace en matière de santé sexuelle.

- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle doit disposer du soutien financier et administratif nécessaire pour offrir une vaste gamme d'activités éducatives en matière de santé sexuelle, notamment la formation du personnel et les ressources matérielles qui seront utilisées dans des cadres formels et informels. L'accès à une éducation efficace en matière de santé sexuelle exige un soutien constant dans des cadres formels, comme les écoles, les groupes communautaires, les organismes de services de santé et de services sociaux, ainsi que dans des cadres informels où l'éducation est assurée par les parents, les fournisseurs de soins, les pairs ou autres intervenants.
- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle doit tenir compte de l'âge, de la race, de l'origine ethnique, de l'identité sexuelle, de l'orientation sexuelle, du milieu socio-économique, des capacités physiques et cognitives et de l'appartenance religieuse des individus et refléter des situations sociales et des milieux d'apprentissage variés. Par exemple, les jeunes, les aînés, les minorités sexuelles, les communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis, les minorités ethnoculturelles, les personnes qui ont un handicap physique, mental ou développemental, les gens qui habitent dans des régions isolées, les personnes qui sont marginalisées sur le plan économique et les individus incarcérés sont au nombre des groupes qui ont besoin d'un accès amélioré et neutre quant à l'éducation en matière de santé sexuelle.
- ▶ L'école est l'une des organisations les plus propices à l'éducation en matière de santé sexuelle. Elle peut être une voie de cheminement majeure pour s'assurer que les jeunes aient accès à une éducation efficace et inclusive en matière de santé sexuelle. Les écoles, qui sont les seuls établissements d'enseignement formels à établir des contacts significatifs (et obligatoires) avec presque tous les jeunes, occupent une place de choix lorsqu'il s'agit de donner aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes les connaissances, la compréhension, les compétences et les attitudes dont ils auront besoin pour prendre des décisions qui favorisent leur santé sexuelle ainsi que pour agir en conséquence tout au long de leur existence.

LISTE DE CONTRÔLE POUR LE PRINCIPE 1 :

Une éducation en matière
de santé sexuelle à tous
les Canadiens

*Tel que préconisé dans les Lignes directrices
l'activité, le programme ou la politique
d'éducation en matière de santé sexuelle
favorise l'accessibilité pour tous.*



CARACTÉRISTIQUES PRÉVUES :

NOTES :

- | CARACTÉRISTIQUES PRÉVUES : | NOTES : |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Le financement de l'éducation en matière de santé sexuelle, qui comprend la formation du personnel et le développement des ressources, est suffisant pour atteindre l'objectif de l'accessibilité universelle et inclusive. | |
| <input type="checkbox"/> Les programmes et les politiques reflètent les principaux éléments de l'éducation en matière de santé sexuelle tels que décrits dans les <i>Lignes directrices</i> . | |

Principe 2 : **L'intégralité de l'éducation en matière de santé sexuelle**

Une approche globale d'une éducation efficace en matière de santé sexuelle aborde différents objectifs de promotion de la santé sexuelle et de prévention des maladies et fourniture de l'information, des concepts de motivation ainsi que des possibilités d'acquiescer les habiletés nécessaires permettant d'atteindre ces objectifs. Cette approche considère également que l'éducation en matière de santé sexuelle est une responsabilité qui doit être partagée par les parents, les pairs, les établissements d'enseignement, les systèmes de soins de santé, les gouvernements, les médias ainsi que par un éventail d'établissements et d'organismes sociaux. Le principe de l'intégralité suggère que les programmes d'éducation efficaces en matière de santé sexuelle sont :

- ▶ **ENVERGURE** – Toutes les disciplines ou tous les sujets qui concernent la sexualité humaine sont abordés.
- ▶ **INTÉGRÉS** – L'apprentissage en milieu formel, notamment dans les écoles, les communautés, les systèmes de soins de santé et les organismes de services sociaux, est complété et renforcé par l'éducation acquise en milieu informel, par l'entremise des parents, des familles, des amis, des médias ou d'autres sources d'influence.
- ▶ **COORDONNÉS** – Les divers intervenants du domaine de l'éducation en matière de santé sexuelle collaborent les uns avec les autres et avec les services de santé, les services cliniques et les services sociaux connexes pour accroître l'incidence de l'éducation en matière de santé sexuelle.

Lignes directrices

Cette section expose plus en détail les principes de l'intégralité tels qu'ils s'appliquent à une éducation efficace en matière de santé sexuelle.

- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle dans les écoles primaires, intermédiaires et secondaires est assurée par le truchement de classes et de programmes éducatifs précis. Elle est donc liée à des champs d'études apparentés qui traitent de la sexualité, des relations et du développement personnel.
- ▶ Pour être plus efficaces, les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle doivent être combinés à l'accès à des services cliniques, à des services de counselling et à des services sociaux et bénéficier du soutien offert par la famille, les pairs et la collectivité. Ces programmes tiennent compte des ressources nécessaires pour appuyer les efforts individuels qui amélioreront la santé sexuelle et qui préviendront les mauvais résultats sur le plan de la santé sexuelle.

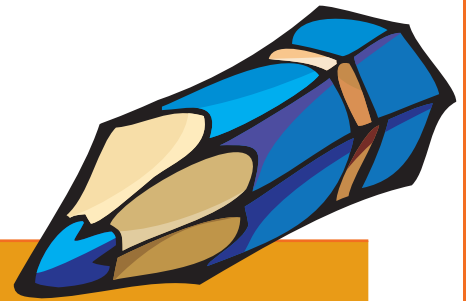
Par exemple, les préoccupations en matière de santé sexuelle des personnes âgées dans les maisons de retraite ou dans les établissements de soins nécessiteront peut-être une approche intégrée qui prend en compte l'accès à l'information et au counselling, les attitudes et la formation du personnel, les politiques des établissements, de même que les aménagements physiques, garantissant le droit à la vie privée.

- ▶ Pour assurer l'intégralité d'une éducation efficace en matière de santé sexuelle, il faut s'attarder aux besoins de différents groupes et réfléchir aux différentes questions liées à la santé sexuelle des particuliers au sein de tout groupe.
- ▶ Une éducation en matière de santé sexuelle en fonction de l'âge doit être assurée dès les premières années des études primaires et jusqu'à la fin des études secondaires. Elle devrait être offerte dans les écoles en tant que partie intégrante d'un programme général d'éducation en matière de santé sexuelle et se poursuivre en dehors de l'école grâce à l'action concertée des organismes et des services communautaires auxquels les adultes sont susceptibles de faire appel toute leur vie.
- ▶ L'adolescence n'est qu'une étape d'un processus continu de développement et d'apprentissage sexuels au cours d'une vie. La sexualité est une partie centrale et positive du bien-être général des jeunes et, par conséquent, une éducation générale en matière de santé sexuelle qui cible les enfants, les adolescents et les jeunes adultes ne doit pas se limiter qu'à la prévention des grossesses non désirées et des renseignements sur les ITS et le VIH. L'éducation en matière de santé sexuelle devrait inclure une compréhension des changements à travers les différentes étapes de leur vie comme la puberté, les relations interpersonnelles gratifiantes, l'acquisition d'aptitudes à communiquer, l'établissement de limites personnelles, l'étude des médias, une remise en question des stéréotypes, la prévention des ITS et du VIH, les méthodes de contraception efficaces, de l'information sur les agressions ou la coercition sexuelles, l'orientation et l'identité sexuelles ainsi qu'un examen critique de l'évolution des rôles assignés à chacun des sexes et des attentes à leur égard.
- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle prévoit de l'information et des possibilités d'acquérir le discernement, la motivation et les habiletés qui se rattachent au développement actuel et futur de la santé sexuelle dans un milieu sécuritaire, bienveillant, inclusif et impartial.
- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle exige une collaboration multisectorielle entre les ministères de l'Éducation et de la Santé et d'autres organismes pertinents à l'échelle fédérale, provinciale, territoriale et municipale afin d'aider à coordonner la conception, la mise en place et l'évaluation des programmes d'études en matière de santé sexuelle dans les écoles.

LISTE DE CONTRÔLE POUR LE PRINCIPE 2 :

Intégralité de l'éducation en matière de santé sexuelle : l'intégration, la coordination et l'envergure

L'activité, le programme ou la politique d'éducation en matière de santé sexuelle est-il suffisamment complet sur les plans de l'intégration, de la coordination et de l'envergure préconisées dans les Lignes directrices?



CARACTÉRISTIQUES PRÉVUES :	NOTES :
<input type="checkbox"/> Le contenu du programme d'études ou de la politique en matière de santé sexuelle est suffisamment vaste pour répondre aux besoins relatifs à l'information, au soutien motivationnel et à l'acquisition de compétences des différents groupes et particuliers qui cherchent à acquérir et à maintenir une santé sexuelle.	
<input type="checkbox"/> L'éducation en matière de santé sexuelle est offerte de façon constante, du début des études primaires jusqu'à la fin des études secondaires.	
<input type="checkbox"/> L'éducation en matière de santé sexuelle est intégrée à des programmes et des politiques particuliers qui portent sur ce sujet.	
<input type="checkbox"/> L'éducation en matière de santé sexuelle est liée à des objectifs pédagogiques et à des résultats d'apprentissage selon l'âge.	
<input type="checkbox"/> Les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle sont coordonnés de manière à faciliter l'accès aux services cliniques et sociaux.	
<input type="checkbox"/> Les ministères de l'Éducation et de la Santé collaborent avec d'autres organismes pertinents pour coordonner les efforts qui visent à assurer une éducation efficace en matière de santé sexuelle dans les écoles.	

Principe 3 : **L'efficacité des approches et des méthodes éducatives**

Une éducation efficace en matière de santé sexuelle augmente les connaissances, la compréhension, le discernement, la motivation et les compétences nécessaires à la santé sexuelle. Elle doit donc être adaptée aux besoins, aux expériences et aux circonstances de divers groupes, ainsi qu'à ceux de chaque membre de ces groupes.

Lignes directrices

Cette section décrit les caractéristiques des approches et des méthodes éducatives efficaces en matière de santé sexuelle.

- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle intègre quatre grands éléments :
 - i. l'acquisition et la compréhension de connaissances;
 - ii. la motivation et le discernement;
 - iii. des aptitudes qui sont favorables à une santé sexuelle;
 - iv. des milieux propices à la santé sexuelle.

Pour une description approfondie des éléments de l'éducation en matière de santé sexuelle et des effets des milieux propices à une éducation en matière de santé sexuelle, consultez la section *Théories et recherche en éducation en matière de santé sexuelle*.

- ▶ Il existe toute une gamme d'approches formelles, informelles et non formelles de l'éducation efficace en matière de santé sexuelle qui est disponible pour satisfaire les différents styles d'apprentissage, les

possibilités et les besoins des personnes de tous âges et à des étapes différentes de leur vie.

- ▶ Les programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle doivent disposer du soutien financier et administratif qui leur permettra d'élaborer, de mettre en place et d'évaluer des programmes qui sont adaptés à l'âge et à la société. Les écoles peuvent être une source majeure de créativité et d'innovation dans l'élaboration et la prestation d'une éducation en matière de santé sexuelle qui tient compte de l'âge. Il faut, cependant, trouver des approches nouvelles et différentes pour atteindre les jeunes de la rue, les décrocheurs ou les jeunes qui sont en milieu institutionnel ou qui sont pris en charge. Il faudrait également déterminer et employer des approches pédagogiques qui permettraient de répondre plus efficacement aux besoins d'autres groupes de la population, notamment les minorités sexuelles, les immigrants, les collectivités des Premières nations, des Inuits et des Métis, les aînés et les personnes handicapées.
- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle donne aux individus des occasions d'explorer, de contester et de remettre en question les attitudes, les sentiments, les valeurs et les coutumes qui peuvent influencer leurs choix en matière de santé sexuelle. Le but, en fait, est d'encourager l'atteinte d'une santé sexuelle positive et de sensibiliser davantage les gens au soutien social susceptible de les aider à atteindre cet objectif.
- ▶ Les programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle prévoient l'accès à des services de santé cliniques et à des services sociaux qui peuvent

aider les gens à combler leurs besoins en matière de conseils ou de soins liés à la santé sexuelle. Des exemples de services de ce genre comprennent les services de consultation sur la contraception et la grossesse; de counselling en matière de prise de décisions dans le domaine sexuel (y compris les décisions de pratiquer ou non certaines activités sexuelles); les cliniques de santé sexuelle et de dépistage des ITS ou du VIH; les consultations adaptées aux préoccupations des adolescents qui font partie d'une minorité sexuelle; les regroupements d'enfants abusés sexuellement ou de survivants d'agressions sexuelles; les groupes d'entraide pour les parents monoparentaux; les services de santé sexuelle accessibles aux personnes handicapées; le traitement des personnes qui ont commis des infractions sexuelles et la thérapie sexuelle pour un éventail de dysfonctions ou de paraphilies sexuelles.

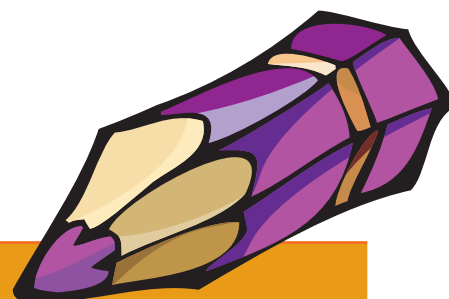
- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle reconnaît que des personnes responsables peuvent choisir des voies diverses pour parvenir à une santé sexuelle. En conséquence, chaque personne devrait avoir le droit d'obtenir de l'information précise et neutre qui correspond à ses besoins culturels et sociaux particuliers.
- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle encourage la prise de décisions éclairée en donnant aux personnes la possibilité d'acquérir la connaissance, le discernement, la motivation et les habiletés comportementales qui respectent leurs valeurs et leurs choix. Par exemple, certains adolescents ont des rapports sexuels avec des partenaires, tandis que d'autres prendront la décision de retarder ces activités sexuelles en connaissance de cause.

- ▶ Comme les médias jouent un rôle important dans l'éducation sexuelle des gens, une éducation efficace en matière de santé sexuelle prévoit une formation en étude critique des médias afin d'aider les personnes à repérer et à déconstruire les messages et les stéréotypes sexuels dissimulés et évidents. Plus important encore, une éducation générale en matière de santé sexuelle aide les personnes à comprendre les effets de ces messages sur leur santé sexuelle.
- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle identifie et assiste à l'aide de services de références et de soutien, les personnes qui ont été traumatisées par des abus sexuels dans leur enfance, par de la coercition sexuelle et des agressions sexuelles ou par de la violence et de l'exploitation. Les personnes qui assurent une éducation efficace en matière de santé sexuelle devraient créer un milieu où règne la compassion, la confiance, l'intégration et la sensibilité qui leur permettra de venir en aide à tous les participants, y compris à ceux qui ont été abusés ou traumatisés sexuellement.
- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle repose sur un soutien élargi, plus fréquemment retrouvé chez les parents et les fournisseurs de soins, de façon à renforcer l'apprentissage des élèves ainsi qu'une communication parent-enfant positive.
- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle favorise et renforce le rôle de l'éducation et du soutien par les pairs. Ces pairs devraient posséder une formation adéquate, être supervisés de façon attentive et être tout à fait conscients des distinctions qui existent entre un rôle de soutien de ce genre et du counselling ou de la thérapie professionnelle.

LISTE DE CONTRÔLE POUR LE PRINCIPE 3 :

Efficacité des approches et des méthodes éducatives

L'activité, le programme ou la politique d'éducation en matière de santé sexuelle intègre des approches et des méthodes efficaces et sensibles comme le préconisent les Lignes directrices.



CARACTÉRISTIQUES PRÉVUES :

NOTES :

- Les approches et les méthodes intègrent efficacement les quatre éléments clés de l'éducation en matière de santé sexuelle présentés dans la figure 1 : l'acquisition et la compréhension des connaissances, la motivation et le discernement, les aptitudes favorisant la santé sexuelle, et les milieux propices à la santé sexuelle.
- Diverses sources d'éducation formelle et informelle en matière de santé sexuelle sont créées pour des styles d'apprentissage variés et adaptées selon l'âge.
- Les politiques d'éducation en matière de santé sexuelle prévoient un soutien financier et administratif pour le développement d'approches ciblées pour des publics précis.
- Le programme d'éducation en matière de santé sexuelle offre des occasions positives d'explorer les attitudes, les sentiments, les motivations, les valeurs, les normes communautaires et les points de vue moraux qui se rapportent aux choix en matière de santé sexuelle.
- Le programme d'éducation sexuelle offre l'accès à des services cliniques et sociaux qui répondent aux besoins en counselling et en soins de santé liés à la santé sexuelle.

□	Le programme d'éducation en matière de santé sexuelle reconnaît que des personnes responsables peuvent atteindre et maintenir une santé sexuelle en empruntant des parcours différents.	
□	Le programme d'éducation en matière de santé sexuelle prévoit une formation sur l'étude critique des médias sur la santé sexuelle.	
□	Le programme d'éducation en matière de santé sexuelle contribue à repérer, à aider, à orienter et à soutenir les personnes qui ont été victimes d'abus, de coercition ou de violence à caractère sexuel.	
□	L'activité ou le programme d'éducation en matière de santé sexuelle fait appel au soutien des parents et des fournisseurs de soins avertis afin de renforcer une communication parent-enfant positive sur les questions de santé sexuelle.	
□	Le programme d'éducation en matière de santé sexuelle intègre des stratégies d'éducation et de soutien par les pairs à l'aide d'une formation adéquate, d'une supervision et d'un partage des responsabilités et des rôles de chacun.	

Principe 4 : **Formation et soutien administratif**

Une éducation efficace en matière de santé sexuelle implique un engagement et un soutien institutionnels et administratifs. Ce soutien favorise la formation officielle des personnes qui travaillent dans des milieux professionnels ainsi que la création de possibilités éducatives pour les parents, les dirigeants de groupes et les autres personnes qui assurent une éducation plus informelle.

Lignes directrices

Cette section décrit les soutiens à la formation et à l'administration qui sont importants pour assurer une éducation efficace en matière de santé sexuelle.

- ▶ Les personnes qui assurent une éducation dans un milieu formel ou informel ont besoin de préparation et de soutien. Les compétences que doivent posséder les personnes qui assurent une éducation en matière de santé sexuelle dans un milieu formel, que ce soit dans une école, une unité de santé publique, une clinique ou un foyer de groupe, devraient être mandatées par les autorités scolaires et administratives qui régissent leurs professions.
- ▶ Les éducateurs en matière de santé sexuelle devraient acquérir les caractéristiques et les aptitudes suivantes dans le cadre de leur formation préparatoire à l'emploi, de leurs études collégiales ou universitaires et des possibilités de formation en cours d'emploi et de formation continue :
 - une compréhension de la sexualité humaine et la capacité de discuter de la santé sexuelle de façon positive avec sensibilité et sans porter de jugement;
 - une compréhension des questions de santé sexuelle qui se rattachent à leur profession et aux besoins de leur public cible;
 - les aptitudes à enseigner ou les compétences cliniques nécessaires pour mettre en place l'éducation en matière de santé sexuelle dans leurs milieux professionnels. Dans le cas des éducateurs, par exemple, ces habiletés se traduiraient par leur capacité à fournir aux élèves l'information dont ils ont besoin et à leur donner des occasions d'acquérir du discernement, de la confiance, une motivation et une estime de soi, ainsi que par leur capacité à faciliter l'acquisition des habiletés nécessaires pour parvenir à une santé sexuelle optimale;
 - la capacité d'identifier et de comprendre les diverses croyances et les valeurs des élèves, des clients ou des groupes. Cette attitude repose sur la capacité d'être sensible aux normes culturelles, aux croyances, aux attitudes et aux objectifs variés à l'égard de la sexualité humaine des différents groupes raciaux, ethniques, socio-économique, sexuellement identifiés ou minoritaires, religieux ainsi qu'aux personnes handicapées. Cette sensibilité implique souvent la capacité de savoir gérer et résoudre des conflits;
 - la déconstruction des présomptions personnelles et des préjugés afin de créer un milieu d'apprentissage neutre;
 - une compréhension des questions contemporaines et historiques qui entourent l'orientation et l'identité sexuelles ainsi que les compétences pour offrir une éducation efficace et intégratrice dans ce domaine;

- une sensibilité aux questions d'appartenance sexuelle qui concernent la prestation et le contenu de l'éducation en matière de santé sexuelle;
 - des stratégies pédagogiques qui aident les gens à aborder efficacement des questions délicates et controversées. Par exemple, les éducateurs qui sont mal à l'aise d'enseigner la santé sexuelle, la sexualité ou d'autres matières connexes devraient pouvoir, au moins référer les personnes à des professionnels compétents;
 - le discernement et les compétences nécessaires pour amener les gens à réfléchir et évaluer les diverses influences que les médias peuvent avoir sur la santé sexuelle, que ce soit par l'intermédiaire de la télévision, de Internet, de la musique, du cinéma, de la presse, des médias numériques, de la littérature ou des arts;
 - la compréhension et l'engagement à observer un code de déontologie qui traite de l'éducation en matière de santé sexuelle ainsi que des services de counselling et cliniques apparentés.
- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle nécessite un soutien administratif et suffisamment de temps pour permettre aux éducateurs de pouvoir satisfaire leurs besoins de perfectionnement professionnels et académiques. Ceux qui forment les éducateurs en santé sexuelle devraient également bénéficier de ce soutien et avoir suffisamment de temps pour le faire dans le cadre du programme d'études de la matière en question (p.ex. éducation, médecine, soins infirmiers, travail social, counselling en réadaptation, gérontologie, psychologie et services bibliothécaires).
 - ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle requiert une formation continue à l'interne permettant aux éducateurs de régulièrement parfaire leurs connaissances. Cette formation devrait être élaborée par les organisations et les associations impliquées pouvant offrir des mécanismes formels, informels et non formels de communication, de partage de l'information et d'éducation.
 - ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle donne accès aux parents, aux tuteurs et aux principaux fournisseurs de soins à une foule de possibilités de se renseigner sur la sexualité et la santé sexuelle leur procurant, à leur tour, les connaissances, les compétences et la confiance nécessaires pour les aider à s'entretenir avec leurs enfants de manière efficace sur la sexualité saine. Les parents ont une énorme influence sur le développement et le bien-être de l'enfant, surtout pendant les premières étapes de sa vie. Les parents, les tuteurs et les principaux fournisseurs de soins sont donc des sources importantes d'éducation positive en matière de santé sexuelle. Tous les organismes concernés par l'éducation en matière de santé sexuelle devraient rechercher, soutenir et autoriser des méthodes efficaces pour leur donner les outils et le soutien dont ils ont besoin à ce titre.
 - ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle favorise les possibilités de formation et d'éducation pour les personnes qui font de l'éducation par les pairs, du counselling et de la défense des droits dans tous les domaines liés à l'éducation en matière de santé sexuelle.

LISTE DE CONTRÔLE POUR LE PRINCIPE 4 : Formation et soutien administratif

L'activité, le programme ou la politique d'éducation en matière de santé sexuelle répond aux attentes en matière de formation et de soutien administratif qui sont préconisées dans les Lignes directrices :



CARACTÉRISTIQUES PRÉVUES :

NOTES :

- | CARACTÉRISTIQUES PRÉVUES : | NOTES : |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Les personnes qui assurent l'éducation en matière de santé sexuelle doivent se conformer à des exigences professionnelles obligatoires. | |
| <input type="checkbox"/> Les professionnels qui assurent une éducation en matière de santé sexuelle ont suffisamment de possibilités de formation continue et de perfectionnement professionnel. | |
| <input type="checkbox"/> Les personnes qui forment les éducateurs en santé sexuelle peuvent compter sur un bon soutien administratif. | |
| <input type="checkbox"/> Grâce à leur formation ou à une expérience équivalente, les personnes qui assurent l'éducation en matière de santé sexuelle ont acquis : <ul style="list-style-type: none"> ▶ une connaissance et une compréhension générales considérables de la sexualité humaine; ▶ une connaissance et une compréhension des approches fondées sur des données probantes de l'éducation et de la promotion de la santé sexuelle; ▶ des connaissances précises des questions de santé sexuelle pertinentes aux auditeurs, aux groupes de clients, etc.; ▶ les habiletés et la confiance nécessaires pour agir à titre d'éducateurs efficaces en santé sexuelle dans leur milieu professionnel; | |

- ▶ la capacité de comprendre et de reconnaître les besoins de personnes qui ne viennent pas du même milieu, qui n'ont pas la même orientation sexuelle et qui n'ont pas reçu la même éducation en matière de santé sexuelle;
- ▶ la capacité d'affirmer, avec sensibilité, que les sentiments sexuels font naturellement partie de la vie;
- ▶ l'aptitude à reconnaître les influences que les religions, cultures ethniques ou autres variabilités peuvent avoir sur les valeurs et les croyances d'une personne à l'égard de la sexualité;
- ▶ la capacité à faire preuve de sensibilité en sachant aborder et régler les conflits pouvant surgir suite aux différentes valeurs et croyances entourant la santé sexuelle et la sexualité;
- ▶ une compréhension particulière des questions liées à l'orientation et à l'identité sexuelles ainsi que les compétences nécessaires pour assurer une éducation en matière de santé sexuelle inclusive et sans jugement dans ce domaine;
- ▶ une sensibilité aux questions liées au genre sexuel pertinentes à la santé sexuelle; et
- ▶ une connaissance des médias en ce qui concerne la santé sexuelle.

Les parents, les tuteurs et les principaux fournisseurs de soins ont l'occasion de participer en se renseignant sur la sexualité et la santé sexuelle.

Les pairs qui enseignent, les conseillers ou les militants reçoivent une formation, de la supervision et l'opportunité de suivre une formation continue.

Principe 5 : Planification des programmes, évaluation, mise à jour et développement social

Les programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle doivent être planifiés soigneusement, évalués de façon réaliste et mis à jour régulièrement.

Lignes directrices

Cette section résume les principes de planification, d'évaluation, de mise à jour et de développement social qui contribuent à une éducation efficace en matière de santé sexuelle.

Planification des programmes

- ▶ Les programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle se basent sur une évaluation et une analyse générales des besoins individuels, communautaires et sociétales. Ce processus exige une collaboration entre les personnes visées par les programmes.
- ▶ Le contenu, la prestation et la méthodologie des programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle sont le fruit d'une évaluation des besoins communautaires appuyée par des données probantes qui font appel aux membres de la collectivité, aux éducateurs et aux chercheurs qui évoluent dans des disciplines variées.

Évaluation

- ▶ Les programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle sont évalués sur une base régulière. La planification des programmes devrait comporter une évaluation dès les premières étapes. Une évaluation attentive du programme permet de s'assurer que les résultats d'apprentissage sont clairement définis dès le début, qu'ils seront respectés après un certain temps et qu'ils pourront, à leur tour, guider la prestation et la modification du programme.
- ▶ Les programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle sont évalués selon leurs objectifs énoncés, et non à partir d'opinions sur ce qu'ils devraient accomplir.
- ▶ Les personnes qui reçoivent une éducation efficace en matière de santé sexuelle ont régulièrement l'occasion d'en évaluer l'utilité et la pertinence. Les outils d'évaluation devraient servir à déceler des résultats que l'on risque d'ignorer en se concentrant que sur des résultats précis ou prédéfinis.

Mise à jour et développement social

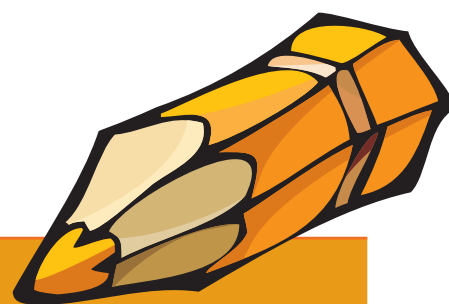
- ▶ Les objectifs des programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle sont guidés par une prise de conscience réaliste selon laquelle l'éducation fait partie de plusieurs autres facteurs qui contribuent à l'acquisition de connaissances, d'attitudes et de comportements liés à la santé.

- ▶ Une éducation efficace en matière de santé sexuelle détermine et renforce les circonstances sociales et les comportements qui améliorent la santé sexuelle. Par exemple, les médias exercent une forte influence sur la perception qu'ont les gens d'eux-mêmes, des autres et du monde qui les entoure. Les images qui y sont véhiculées sont des facteurs importants qui façonnent l'idée que l'on se fait de sa propre image et des normes sexuelles. Ces images peuvent être irréalistes quant aux attentes communiquées des attraits et de la performance sexuels. L'influence des médias peut donc être néfaste, surtout dans sa façon de présenter les stéréotypes sexuels et les questions de santé sexuelle. Par conséquent, les organisations et les individus devraient être encouragés à appuyer les efforts médiatiques et de marketing social destinés à aider les personnes à améliorer leur santé sexuelle et à en éviter les conséquences négatives.

LISTE DE CONTRÔLE POUR LE PRINCIPE 5 :

Planification des programmes,
évaluation, mise à jour et
développement social

L'activité, le programme ou la politique d'éducation en matière de santé sexuelle englobe les éléments de planification, d'évaluation, de mise à jour et de développement social préconisés dans les Lignes directrices.



CARACTÉRISTIQUES PRÉVUES :

NOTES :

<input type="checkbox"/> Les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle reposent sur une évaluation attentive des besoins qui tient compte des suggestions des collectivités, des éducateurs et du milieu scientifique ou de la recherche.	
<input type="checkbox"/> Les évaluations sont intégrées dès le début d'un programme et s'appuient sur les objectifs énoncés du programme.	
<input type="checkbox"/> Les commentaires des participants servent à évaluer l'efficacité du programme et à repérer les résultats autres que les objectifs précis énoncés du programme.	
<input type="checkbox"/> L'évaluation comporte une conscience réaliste des facteurs sociaux et autres qui peuvent influencer sur les résultats d'interventions particulières.	
<input type="checkbox"/> Le programme d'éducation en matière de santé sexuelle aide les personnes à reconnaître les facteurs environnementaux qui ont une incidence sur la santé sexuelle et à créer des milieux propices à la santé sexuelle.	

Théories et recherche en éducation en matière de santé sexuelle

L'éducation en matière de santé sexuelle peut prendre diverses formes, proposant des messages de santé publique qui donnent des renseignements de base jusqu'aux interventions élaborées qui visent des comportements précis. Même si la plupart des formes d'éducation en matière de santé sexuelle présentent des avantages possibles, nombreuses sont celles qui sont encore dépourvues des principaux éléments requis pour aborder de manière efficace les différents besoins en matière de santé sexuelle pertinentes à la population canadienne.

La recherche distingue de mieux en mieux les éléments essentiels nécessaires à la création de programmes d'éducation plus efficaces en matière de santé sexuelle qui peuvent répondre aux besoins des publics ciblés et contribuer adéquatement à diminuer les conséquences négatives sur le plan de la santé sexuelle. La recherche corrobore l'approche de l'éducation en matière de santé sexuelle présentée dans ces *Lignes directrices*. Elle révèle l'importance et encourage l'intégration de la recherche actuelle et de son évaluation comme une base à l'élaboration d'autres programmes d'éducation et de politiques en matière de santé sexuelle.

Les programmes qui visent exclusivement à parfaire les connaissances d'une personne atteignent souvent cet objectif. Bien que leur utilité ne soit pas mise en doute, le fait qu'ils se limitent à fournir des renseignements factuels sur la santé sexuelle peut ne pas être suffisant ou inefficace à minimiser les conséquences négatives sur le plan de la santé sexuelle. Même si une personne qui est exposée à ce genre de programmes éducatifs

possède un niveau élevé de connaissances sur la santé sexuelle, il n'est pas certain que ces connaissances se traduiront par des comportements susceptibles d'améliorer la santé sexuelle.

Modèles théoriques pour guider une éducation efficace en matière de santé sexuelle

Les modèles théoriques qui émanent de la recherche permettent aux planificateurs des programmes de déterminer les méthodes d'enseignement qui se traduisent le plus efficacement par des comportements qui amélioreront la santé sexuelle. Dans le cas de la prévention des ITS ou du VIH, l'une des caractéristiques de la quasi-totalité des interventions efficaces est l'intégration de modèles théoriques qui sont bien appuyés par un corpus de recherches et qui encouragent efficacement la promotion de la santé sexuelle et la modification des comportements.

Dans le processus de la création et de la mise en œuvre de programmes d'éducation en matière de santé sexuelle, il est important que les planificateurs des programmes et les décideurs s'appuient, à la base, sur des modèles théoriques éprouvés et corroborés par des données empiriques pour élaborer des programmes valables.

Plusieurs modèles théoriques répondent à ces normes et peuvent servir à l'élaboration de programmes qui sont conformes aux *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. La théorie sociocognitive, le modèle transthéorique, la théorie de l'action raisonnée et la théorie

du comportement planifié, de même que le modèle information, motivation et habiletés comportementales (IMHC) sont autant d'exemples qui ont jeté les fondements théoriques de programmes efficaces sur le plan comportemental. Ces modèles sont résumés brièvement dans les pages suivantes.

► Théorie sociocognitive

Les études d'évaluation indiquent que les interventions sanitaires éclairées par la théorie sociocognitive peuvent contribuer à modifier positivement le comportement d'une personne dans plusieurs domaines, dont la prévention des ITS et du VIH²⁴⁻²⁸.

Selon cette théorie²⁹, les gens peuvent apprendre les uns des autres en observant, en imitant et en prenant exemple. La théorie sociocognitive procure un cadre qui permet de comprendre, de prédire et de modifier le comportement humain. Elle identifie le comportement humain comme l'interaction de :

- facteurs personnels, p. ex. les connaissances, la compréhension, les attentes, les attitudes, la confiance;
- facteurs comportementaux, p. ex., les compétences, l'expérience, l'auto-efficacité;
- facteurs environnementaux, p. ex. les normes sociales, l'accès dans la collectivité, l'influence des autres.

La théorie sociocognitive peut s'appliquer à l'éducation en matière de santé sexuelle de plusieurs façons. Par exemple, une étude récente l'a appliquée dans le cadre d'un programme de prévention du VIH destiné aux pères et à leurs fils. Les activités du programme visaient les pères et étaient conçues pour encourager le développement de l'auto-efficacité, des attentes positives

avec l'intention de discuter de sujets d'ordre sexuel avec leur fils. Le programme comportait des renseignements pertinents et à jour sur les aptitudes à écouter et à communiquer, le développement des adolescents, la puberté et les pratiques destinées à diminuer les risques de contracter le VIH et des ITS. Conformément à la théorie sociocognitive, le programme a montré que, lorsque les pères comprennent les mesures de prévention contre le VIH et les ITS et qu'ils améliorent leurs aptitudes à communiquer, les résultats sont beaucoup plus positifs, augmentant notamment les niveaux d'auto-efficacité dans la prise de décision de leurs fils²⁷.

► Modèle transthéorique

Le modèle transthéorique a également été à la base d'interventions de prévention efficaces contre les ITS et le VIH³⁰⁻³².

Ce modèle voit la modification du comportement comme un processus plutôt que comme un événement isolé. Selon ce modèle, les personnes qui participent à des interventions destinées à modifier les comportements devraient être guidées dans un continuum qui comporte cinq étapes³³ :

- i. la pré-contemplation : a peu ou n'a pas l'intention de modifier le comportement dans un proche avenir;
- ii. la contemplation : a l'intention de modifier le comportement dans un proche avenir, p. ex. au cours des six prochains mois;
- iii. la préparation : a l'intention de prendre des mesures pour changer, p. ex. dans le mois qui vient;
- iv. l'action : a adopté le comportement de santé depuis les six derniers mois;

- v. le maintien : pratique régulièrement le comportement de santé désiré et s'efforce d'éviter une rechute, p. ex depuis six mois jusqu'à cinq ans.

Le modèle transthéorique s'est révélé prometteur dans une clinique vouée à la santé sexuelle des adolescents ainsi qu'à la prévention des ITS et du VIH. Dans une étude, le fait d'avoir un partenaire positif et d'être plus âgé rendait le client plus susceptible d'entreprendre les étapes vers le changement. Il a également été noté que le modèle transthéorique aidait les membres du personnel de la clinique à structurer et à personnaliser leurs séances de consultation³².

► Théorie de l'action raisonnée et théorie du comportement planifié

La théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié constituent un modèle éprouvé qui a jeté les fondements théoriques d'interventions efficaces axées sur la prévention des ITS et du VIH³⁴ et d'utilisation du condom³⁵⁻³⁷.

La théorie de l'action raisonnée^{38,39} est centrée sur *l'intention* de la personne de se comporter d'une certaine façon. Cette intention est déterminée par l'un des deux principaux facteurs suivants ou par les deux :

- **L'ATTITUDE** : les sentiments positifs et négatifs d'une personne à l'égard d'un comportement précis à mettre en pratique;
- **LA NORME SUBJECTIVE** : associée au comportement. La perception qu'a la personne de l'opinion des autres concernant le comportement défini influencera son intention comportementale.

La théorie du comportement planifié⁴⁰ est un prolongement de la théorie de l'action raisonnée, qui considère, en outre, que *l'intention comportementale* est une fonction des attitudes à l'égard d'un comportement, des normes subjectives par rapport à ce comportement et de la maîtrise comportementale perçue ou de l'impression que la personne peut effectivement adopter le comportement en question.

Une étude guidée par la théorie de l'action raisonnée a montré l'applicabilité de cette théorie lorsqu'elle est axée sur l'utilisation du condom auprès des étudiants universitaires. L'étude a révélé que les étudiants avaient davantage l'intention d'employer des condoms lorsque l'intervention éducative était ciblée sur : (1) des attitudes positives à l'égard de l'utilisation du condom et son effet protecteur contre les ITS, y compris le VIH, ainsi que sur (2) la conviction des étudiants que leurs partenaires sexuels et que leurs pairs étaient susceptibles d'approuver l'emploi du condom³⁵.

► Modèle information, motivation et habiletés comportementales (IMHC)

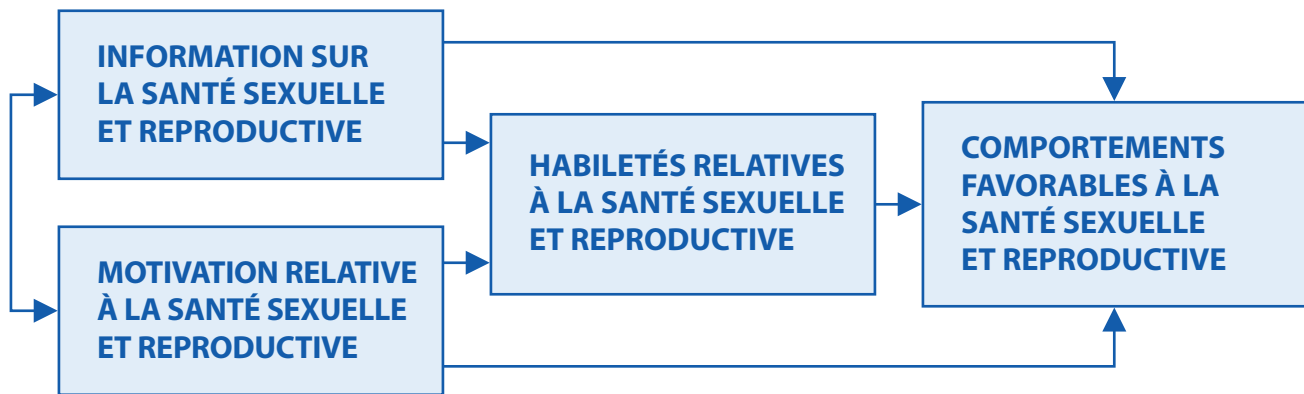
Des données probantes sont favorables à l'inclusion d'éléments d'information, de motivation et d'habiletés comportementales dans les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle, y compris dans les programmes éclairés par d'autres modèles⁴¹. L'information, la motivation et les habiletés comportementales sont des notions fondamentales qui sont facilement comprises par les éducateurs et les publics visés par les programmes. Le modèle IMHC est bien corroboré par la recherche, qui prouve qu'il est un fondement efficace d'interventions de promotion de la santé sexuelle fructueuses sur le plan comportemental⁴²⁻⁴⁴.

Intégration de la théorie à la pratique à l'aide du modèle IMHC

Même s'il y a plusieurs très bons modèles théoriques qui se prêteraient à l'élaboration d'un plan d'études et de programmes d'éducation en matière de santé sexuelle, les *Lignes directrices* s'appuient sur le modèle IMHC, car son efficacité a été confirmée par des preuves empiriques importantes.

L'efficacité du modèle IMHC dans le domaine de la diminution des risques sexuels a été prouvée au sein de diverses populations, dont les jeunes hommes adultes⁴⁵, les femmes à faible revenu^{46,47} et les jeunes qui font partie des minorités dans les écoles secondaires⁴⁸. Par ailleurs, une méta-analyse corrobore fortement la nécessité d'inclure des éléments d'information, de motivation et d'habiletés comportementales aux interventions qui visent à modifier les comportements sexuels à risque⁴⁹.

Figure 2. Le modèle IMHC⁵⁰



Remarque : Adapté de Fisher, W.A. et Fisher, J.D. (1998). « Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: theory and method ». *Annual Review of Sex Research*, vol. 9, p. 39-76.

Les éléments fondamentaux de l'éducation en matière de santé sexuelle proposés par les *Lignes directrices* peuvent être facilement intégrés à un modèle IMHC. Selon ce modèle, les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle doivent reposer sur les trois éléments essentiels suivants :

- l'information – aide les personnes à devenir mieux informées et à mieux comprendre les renseignements qui concernent leurs besoins en matière de promotion de la santé sexuelle et se traduit facilement par des actions ou des gestes;
- la motivation – incite les personnes à faire appel à leurs connaissances et à leur compréhension afin d'éviter les comportements négatifs à risque et de maintenir des pratiques et une confiance cohérentes et saines;
- les habiletés comportementales – aident les personnes à acquérir les aptitudes comportementales pertinentes qui contribueront à diminuer les conséquences négatives et à améliorer, par le fait même, la santé sexuelle.

Le modèle IMHC peut aider les personnes à diminuer les comportements à risque, à prévenir les résultats négatifs sur le plan de la santé sexuelle et les amener à améliorer leur santé sexuelle. Les programmes qui sont fondés sur les trois éléments du modèle procurent des expériences d'apprentissage théoriques qui peuvent se traduire d'emblée en comportements favorables à la santé sexuelle et reproductive.

Éléments du modèle IMHC

L'INFORMATION – Pour qu'un programme d'éducation en matière de santé sexuelle soit efficace, il doit offrir de l'information fondée sur des données probantes qui soit pertinente et facile à traduire en comportements susceptibles d'aider les personnes à améliorer leur santé sexuelle et à éviter les conséquences négatives à cet égard.

L'information contenue dans les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle devrait être :

- ▶ Directement liée au résultat comportemental souhaité et permettre d'améliorer la santé sexuelle ou d'éviter les conséquences négatives sur le plan de la santé sexuelle.

Exemple : Il est essentiel, dans le cadre des programmes destinés à prévenir les grossesses non désirées, d'obtenir de l'information sur le fonctionnement d'une méthode de contraception particulière et sur la bonne manière de s'en servir, y compris sur la façon de se la procurer et d'en discuter avec un fournisseur de soins de santé et avec son partenaire, ainsi que d'obtenir des renseignements sur l'utilisation en tant que telle de la méthode de contraception. L'acquisition de renseignements de ce genre peut contribuer directement à réduire le nombre de grossesses non désirées.

- ▶ Facile à traduire en comportement désiré

Exemple : La création d'un répertoire de tous les centres de santé sexuelle et reproductive qui sont facilement accessibles dans la région peut amener un comportement positif souhaitable lorsqu'elle conduit les personnes à repérer des ressources de soins de santé accessibles, adéquates et conviviales et à consulter un centre de santé ou une clinique plus souvent.

- ▶ Pratique, souple, sensible à la culture et inclusive en société

Exemple : Les programmes destinés à des groupes issus de différents milieux doivent offrir des renseignements qui sont clairs, pratiques et qui tiennent compte du contexte social et du milieu dans lequel la population cible évolue. Par exemple, un programme qui encourage des pratiques sexuelles mieux protégées doit cerner les comportements à risque visés par les mesures de prévention, plutôt que les membres d'une minorité sexuelle ou ethnique.

- ▶ Adaptée à l'âge, au sexe et au développement

- Les programmes devraient être adaptés de manière à répondre aux besoins psychologiques, physiques et émotionnels des personnes à des âges différents et à des étapes différentes de leur vie.

Exemple : Les programmes conçus pour prévenir les ITS ou le VIH et les comportements à risque chez les adolescents handicapés doivent tenir compte de leurs besoins particuliers.

LA MOTIVATION – Même les personnes très bien renseignées qui ont reçu de l'information sur la santé sexuelle qui peut facilement les mener à faire des gestes concrets doivent être suffisamment *motivées* pour mettre en application ce qu'elles ont appris afin de favoriser leur santé sexuelle. Par conséquent, pour qu'un programme d'éducation en matière de santé sexuelle atteigne ses objectifs, les planificateurs devraient tenir compte des facteurs motivationnels qui sont nécessaires pour modifier le comportement.

Lorsqu'il est question de comportements associés à la santé sexuelle et reproductive, la motivation prend trois formes :

- ▶ La motivation émotionnelle – Les réactions émotionnelles d'une personne à la sexualité (le degré d'aisance ou de malaise d'une personne à l'égard des questions qui entourent la sexualité et la santé sexuelle) et aux comportements particuliers associés à la santé sexuelle pouvant l'inciter fortement à prendre ou non les mesures nécessaires pour éviter les conséquences négatives en matière de santé sexuelle et pour améliorer sa santé sexuelle.

Exemple : Les hommes qui ont des réactions émotionnelles négatives par rapport à la sexualité pourraient être moins portés à profiter des programmes éducatifs destinés à les encourager à faire un auto-examen des testicules.

- ▶ La motivation personnelle – Les attitudes et les croyances d'une personne à l'égard d'un comportement lié à la santé sexuelle et reproductive déterminent dans une très large mesure si elle adoptera ou non ce comportement.

Exemple : Une personne qui a une forte aversion contre une méthode de contraception (« les condoms sont nuls, car ils diminuent le plaisir » ou « j'ai horreur de la pilule, car elle me fait engraisser ») n'est pas susceptible d'adopter la méthode de contraception en question, à moins qu'elle finisse par accepter de compenser son attitude négative par une croyance positive.

- ▶ La motivation sociale – Les croyances d'une personne à propos des normes sociales, ou ses perceptions du soutien social qui se rattache aux comportements associés à la santé sexuelle et reproductive sont également susceptibles d'influer sur la modification du comportement.

Exemple : Une personne qui se questionne sur son orientation sexuelle est plus susceptible de chercher un soutien et de s'ouvrir aux autres si elle est dans un milieu où toutes les orientations sexuelles sont acceptées. Dans un tel milieu, elle peut s'apercevoir en effet qu'il y a beaucoup de personnes qui sont à la recherche de soutien similaire et être motivée à chercher de l'information ou des services adaptés à ses besoins.

LES HABILITÉS COMPORTEMENTALES :

Les personnes devraient prendre connaissance des habiletés comportementales précises dont elles ont besoin afin de les aider à adopter des comportements favorables à la santé sexuelle et s'exercer à les reproduire.

Même si l'adoption de comportements favorables à la santé sexuelle nécessite une information et une motivation pertinentes, l'acquisition d'habiletés comportementales appropriées qui permettent d'agir de manière efficace est également indispensable à la modification du comportement. C'est pourquoi une formation sur les habiletés inhérentes à la santé sexuelle et reproductive constitue un élément clé des programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle.

- ▶ Les habiletés comportementales comprennent les éléments suivants :
 - i. les habiletés pratiques pour adopter le comportement (p. ex., savoir comment négocier);
 - ii. l'auto-efficacité pour se l'approprier (p. ex. la confiance personnelle en ses capacités à négocier efficacement).

Exemple : Une personne qui a appris à se servir d'un condom et qui est motivée à le faire doit également savoir comment le mettre correctement et comment amener sa ou son partenaire à accepter de l'employer ou à accepter son utilisation.

L'apprentissage d'habiletés comportementales destinées à prévenir les ITS ou le VIH et, s'il y a lieu, les grossesses non désirées, devrait inclure les aptitudes à négocier des pratiques sexuelles plus sécuritaires, comme l'emploi du

condom, ainsi que la capacité et la confiance nécessaires pour fixer des limites sexuelles, en retardant, par exemple, les premières relations sexuelles. Il est aussi essentiel, à long terme, d'acquérir des habiletés comportementales qui renforceront le comportement de la personne et celui de son partenaire afin de maintenir les comportements qui favorisent la santé sexuelle.

Application du modèle IMHC aux programmes d'éducation en matière de santé sexuelle

L'application générale du modèle IMHC aux programmes d'éducation en matière de santé sexuelle implique un processus fondamental de trois étapes :

ÉVALUATION ET PLANIFICATION

Évalue les besoins de la population cible en matière de santé sexuelle et fixe des buts et des objectifs pour les programmes et les évaluations



INTERVENTION

Élabore et met en application des programmes pertinents d'éducation en matière de santé sexuelle



ÉVALUATION

Mesure l'efficacité du programme par rapport aux objectifs énoncés et détermine les domaines qui doivent être modifiés

ÉVALUATION ET PLANIFICATION

- ▶ Déterminer le niveau d'information, de motivation et d'habiletés comportementales que possède la population cible à l'égard de comportements et de résultats particuliers en matière de santé. Pour évaluer cette information, former des groupes de discussion et réaliser des entrevues ou un sondage auprès d'un sous-échantillon représentatif de la population cible.

Exemple : Au cours de la phase d'évaluation d'un programme d'éducation en matière de santé sexuelle destiné aux préadolescents dont un des objectifs consiste à retarder la première relation sexuelle, un sous-échantillon de préadolescents peut être sélectionné pour remplir un questionnaire qui vise à mesurer :

- leur connaissance des implications de la première relation sexuelle (*information*);
 - leurs attitudes et leurs perceptions à l'égard des pressions exercées par les pairs et des normes sociales liées à l'activité sexuelle (*motivation*);
 - leurs compétences ainsi que leur confiance en leurs propres capacités à s'en tenir à la décision de retarder la première relation sexuelle (*habiletés comportementales*).
- ▶ Prendre des décisions fondées sur des données probantes en ce qui concerne la planification des programmes en s'appuyant sur les recherches en cours, les évaluations d'autres programmes ainsi que sur l'analyse des besoins.

- ▶ L'évaluation des programmes fait partie intégrante de la gestion des programmes. Il y a plusieurs sortes d'évaluations de programmes, tant à l'étape de la planification des programmes qu'à l'étape de la mise en œuvre des programmes. Les planificateurs des programmes devraient songer à effectuer une analyse des besoins ou une étude de faisabilité. Les renseignements qui proviendront d'une analyse des besoins et d'une étude de faisabilité renseigneront les planificateurs sur le type de programme requis et sur la pertinence du programme en ce qui concerne les échéanciers, les ressources et le public cible. L'évaluation de la mise en place des programmes prend deux formes, soit l'évaluation des processus et l'évaluation des résultats. L'évaluation des processus vise à améliorer le fonctionnement d'un programme existant et se concentre sur la fonction et les bénéficiaires du programme. L'évaluation des résultats a pour but de mesurer l'incidence d'un programme. Elle s'attarde à examiner si le programme a provoqué des changements et s'il a les effets escomptés.
- ▶ Le plan dressé pour l'évaluation des processus et des résultats devrait être intégré au plan général des programmes avant le lancement en tant que tel. Cette intégration est particulièrement importante dans le cas de l'évaluation des résultats. Afin de déterminer si un programme a des résultats concrets ou non, il faut comprendre comment étaient les choses avant la mise en place du programme, c'est-à-dire quelles étaient les connaissances, les attitudes, les croyances, etc.

INTERVENTION

- ▶ Concevoir et mettre en œuvre le programme d'éducation en matière de santé sexuelle conformément à l'analyse des conclusions.
- ▶ Pour chaque groupe cible, intervenir là où il y a des écarts au point de vue de l'information, de la motivation et des habiletés comportementales par rapport aux objectifs du programme et des besoins des individus.
- ▶ Profiter des atouts que possède le groupe dans le domaine de l'information, de la motivation et des habiletés comportementales. Ces atouts devraient servir à réaliser les objectifs du programme.

Exemple : La phase d'intervention d'un programme d'éducation en matière de santé sexuelle est destinée à augmenter l'utilisation du condom chez les adolescents qui sont sexuellement actifs. Cette intervention pourrait pallier le manque de connaissances au sein du groupe cible (*information*), renforcer les perceptions des membres du groupe au sujet de l'emploi du condom, les aider à personnaliser les risques de grossesse chez l'adolescente ou de transmission d'ITS et/ou du VIH (*motivation*) et comporter des jeux de rôles afin de montrer aux participants comment négocier l'emploi du condom avec les partenaires sexuels tout en leur apprenant comment s'en procurer gratuitement (*habiletés comportementales*).

ÉVALUATION

- ▶ Une évaluation est requise pour déterminer si le programme a eu l'effet escompté sur l'information, la motivation et les habiletés comportementales du groupe cible par rapport aux objectifs du programme. La recherche d'évaluation permet aux planificateurs des programmes de cerner les forces et les faiblesses du programme afin d'y apporter, s'il y a lieu, des modifications qui en augmenteront l'efficacité⁵⁰⁻⁵³.
- ▶ Une évaluation doit également comporter un mécanisme de capture de tout résultat imprévu qui ressort des objectifs énoncés du programme. De tels résultats imprévus peuvent également déterminer les forces ou les faiblesses particulières du programme qui ne sont pas relevées par la simple analyse des objectifs énoncés.
- ▶ Il est important que les planificateurs des programmes étudient et abordent les facteurs qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur la validité des résultats de l'évaluation. L'évaluation doit comporter un groupe témoin, dans la mesure du possible, afin de s'assurer que les changements observés sont bien attribuables au programme en tant que tel et non le résultat d'influences externes. Le recours à divers types de mesures peut augmenter la confiance dans les données recueillies dans le cadre de l'évaluation.

Exemple : La phase d'évaluation d'un programme d'éducation en matière de santé sexuelle qui est centrée sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus peut comporter les étapes suivantes :

- Au début du programme, les participantes sont invitées à remplir un questionnaire qui évalue leurs connaissances de la prévalence, des causes et des mesures préventives associées au cancer du col de l'utérus (*information*), leurs attitudes personnelles à l'égard des mesures de précaution nécessaires pour réduire leurs risques de contracter le cancer du col de l'utérus (*motivation*) ainsi que leurs capacités et leurs aptitudes perçues à modifier les comportements à risque et à faire appel à des services de dépistage ou de vaccination pour réduire le risque de cancer du col de l'utérus (*habiletés comportementales*).
- Le questionnaire devrait évaluer directement l'occurrence et la fréquence des comportements à risque. Dans ce cas-ci, le questionnaire déterminerait quel est le niveau de risque comportemental de la participante pour le cancer du col de l'utérus, si elle a été immunisée contre le virus du papillome humain, si elle a subi un dépistage du cancer du col de l'utérus et, dans l'affirmative, à quelle fréquence.
- Séparer au hasard les personnes qui ont répondu au questionnaire en deux groupes, c'est-à-dire un groupe témoin qui ne suit pas le nouveau programme d'éducation en matière de santé sexuelle et un groupe d'intervention qui le suit.
- Dans le cadre du processus d'évaluation, inviter de nouveau les deux groupes à remplir le questionnaire, une fois le programme terminé, afin d'en mesurer le degré d'efficacité.
- Déterminer les parties du programme qui nécessitent une modification.

Milieu favorable à la santé sexuelle

Selon les *Lignes directrices*, la création d'un « milieu favorable à la santé sexuelle » est le quatrième élément clé de l'éducation en matière de santé sexuelle.

Divers facteurs environnementaux ont été reconnus comme des déterminants de la santé sexuelle et reproductive. Ces facteurs sont :

- les circonstances sociales et économiques (p. ex., le revenu, l'instruction, l'emploi, le statut social, le soutien social);
 - l'accès à des services de santé ou la connaissance des services de santé;
 - les normes, les valeurs et les attentes de la collectivité à l'égard de la sexualité, de l'identité sexuelle, de l'orientation sexuelle et de la reproduction⁵⁴.
- Les programmes fondés sur le modèle IMHC ont la capacité d'influer sur la modification de comportements afin de favoriser la santé sexuelle. Cela dit, ces programmes doivent également aborder l'influence des facteurs environnementaux sur les efforts investis par les personnes pour acquérir et mettre en application les connaissances, la motivation et les habiletés nécessaires pour maintenir ou améliorer la santé sexuelle.

Exemple : Une étude réalisée à Winnipeg a révélé que les taux de natalité chez les adolescentes sont fortement liés à la situation socio-économique (les circonstances sociales et économiques qui comprennent des facteurs comme le chômage, l'achèvement des études secondaires et les familles monoparentales). Le taux de natalité chez les adolescentes était plus de 13 fois supérieur dans les régions défavorisées sur le plan socio-économique à celui des régions favorisées sur ce plan⁵⁵.

Dans le même ordre d'idées, une étude de la carte des secteurs de recensement de Toronto a établi un lien entre les taux plus élevés de natalité, de chlamydia et de gonorrhée chez les jeunes adultes et les faibles revenus⁵⁶. Le revenu et l'accès aux services ne sont que deux des nombreux exemples des différentes incidences du milieu social, et en particulier de l'iniquité sociale, sur la santé sexuelle.

- ▶ *Comparaisons internationales.* Une étude comparative approfondie sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents réalisée dans cinq pays développés, c'est-à-dire au Canada, aux États-Unis, en France, en Grande-Bretagne et en Suède, a illustré de façon probante l'effet des facteurs environnementaux sur la santé sexuelle⁵⁷.

Exemple : Les pays qui ont obtenu une note élevée ou très élevée sur le plan de l'équité économique, qui avaient accès à des services de santé reproductive et à une éducation en matière de santé sexuelle, et qui encourageaient des comportements

sexuels responsables dans les médias étaient plus susceptibles d'avoir des taux inférieurs de grossesses chez les adolescentes et d'ITS que les pays qui ont obtenu une note faible ou très faible pour ces indicateurs. Les données recueillies pour le volet canadien de l'étude donnaient à entendre qu'au Canada, les taux de grossesses précoces et d'ITS chez les adolescents variaient en fonction de l'emplacement géographique et de la situation économique. En outre, l'âge au moment de la première relation sexuelle varie également selon la situation économique et sociale et selon le lieu de résidence⁵⁸⁻⁶⁰.

Aux États-Unis, une analyse approfondie de la recherche sur les grossesses chez les adolescentes a permis de constater que les facteurs environnementaux, comme la faiblesse économique et la désorganisation d'une collectivité, la structure et la situation économique de la famille ainsi que les attitudes des pairs, des partenaires et de la famille à l'égard de la sexualité et de la contraception sont directement liés aux déterminants du comportement sexuel des adolescents, à l'emploi de méthodes contraceptives, à la grossesse et aux attitudes par rapport à la maternité⁶¹.

- ▶ *Médias.* Les médias, notamment la télévision, le cinéma, la musique, les magazines et Internet, exercent une influence de plus en plus grande sur la communication des normes liées à la sexualité et au comportement sexuel. Par contre, ces messages font souvent obstacle à la création de milieux favorables à la santé sexuelle.

Exemple : De nombreuses études ont suggéré que l'exposition à du contenu sexuel dans les médias est l'un des nombreux facteurs qui est susceptible d'avoir une influence sur le déclenchement des comportements sexuels⁶²⁻⁶³. Des programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle devraient aborder les messages véhiculés dans les médias et aider les personnes à analyser sous un angle critique ce qu'elles voient, ce qu'elles entendent et ce qu'elles lisent dans les médias de masse en établissant simultanément des rapports avec les diverses normes et pratiques sexuelles.

L'évaluation critique de l'impact des médias et du milieu que ce genre d'informations contribue à créer devrait jouer un rôle clé dans l'éducation en matière de santé sexuelle, tant dans le secteur public que dans le secteur à but non lucratif.

- ▶ *Adaptation communautaire et culturelle.* La recherche sur l'évaluation des programmes démontre comment les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle qui sont adaptés à la culture et qui tiennent compte des besoins communautaires sont plus susceptibles d'être efficaces.

Exemple : Un programme efficace de réduction des risques de contracter des ITS ou le VIH destiné aux femmes à faible revenu qui habitent dans des complexes de logements sociaux peut être adapté à ce milieu particulier grâce à une analyse des besoins de ces résidentes. Cela peut également se faire en trouvant des organisateurs dans les complexes

de logements sociaux qui agiront à titre d'éducateurs et en profitant des événements qui y sont organisés pour assurer une éducation efficace en matière de santé sexuelle⁶⁴. Les professionnels qui reconnaissent que les participants aux programmes éducatifs sont probablement mieux informés des impératifs pour modifier leur comportement peuvent fort bien se tourner vers les participants et leur demander ce qu'il faudrait faire pour que le changement se produise.

Conclusion

Ces *Lignes directrices*, qui visent à unir et à guider les professionnels qui travaillent dans le domaine de l'éducation en matière de santé sexuelle et de la promotion de la santé, s'adressent particulièrement aux planificateurs des plans d'études et des programmes d'éducation, aux décideurs, aux éducateurs qui évoluent à l'intérieur comme à l'extérieur des milieux scolaires ainsi qu'aux professionnels de la santé.

Les complexités liées à l'élaboration de plans d'études et de programmes peuvent être décourageantes. La conception de plans d'études et des programmes liés à l'éducation en matière de santé sexuelle peut ajouter un autre niveau de complexité en raison de la sensibilité associée aux discussions qui portent sur la sexualité. Bien que les *Lignes directrices* n'aient pas été conçues comme un document autonome à l'intention des intervenants qui veulent créer des plans d'études et des programmes d'éducation en matière de santé sexuelle, elles procurent, par contre, un cadre pour l'élaboration d'une éducation efficace, générale et inclusive en matière de santé sexuelle.

Malgré la quantité importante de renseignements que contiennent les *Lignes directrices*, elles reposent essentiellement sur trois points importants. Ces principes fondamentaux sont :

1. L'inclusivité : l'éducation en matière de santé sexuelle doit englober la population visée, qui est d'ailleurs rarement constituée d'un groupe homogène. Il faut tenir compte de la diversité à l'intérieur des groupes et des besoins sanitaires différents;
2. Les données probantes : l'éducation en matière de santé sexuelle devrait être ancrée dans un modèle théorique applicable à la matière et à la population visée par le service. Il faudra employer le modèle le plus approprié afin de répondre aux besoins de la population ciblée;
3. L'évaluation : la planification et la conception des programmes d'études doivent comporter un mécanisme d'évaluation. Il faut s'assurer que ce mécanisme est en mesure d'évaluer les objectifs escomptés et de déterminer les domaines qui doivent être traités et modifiés afin d'obtenir les résultats souhaités. Une évaluation, une réflexion et une modification continues sont les marques du succès d'un programme d'éducation en matière de santé sexuelle.

Annexe A

Les renseignements ci-dessous proposent des critères-types qui peuvent servir à évaluer ou à revoir des programmes qui sont conformes aux *Lignes directrices*.

Exemples de critères à utiliser pour évaluer des programmes par rapport aux principes préconisés dans les *Lignes directrices*

PHILOSOPHIE

L'activité, le programme ou la politique d'éducation en matière de santé sexuelle intègre la philosophie préconisée dans les Lignes directrices.

Exemples :

- ▶ Travailler avec les personnes pour évaluer leurs besoins personnels et primaires en matière de santé sexuelle et de sexualité.
- ▶ Communiquer avec les personnes pour évaluer comment leur âge, leur race, leur origine ethnique, leur identité sexuelle, leur orientation sexuelle, leur milieu socio-économique, leurs capacités physiques et cognitives et leur appartenance religieuse contribuent à former leurs points de vue sur la santé sexuelle et la sexualité et comment ces opinions influencent et modifient leur comportement.
- ▶ Comprendre les questions centrales sous-jacentes associées aux facteurs susmentionnés afin d'aider les planificateurs des programmes, les décideurs des politiques et les éducateurs à créer et à mettre en œuvre des programmes et des services efficaces et ciblés qui contribueront à prévenir les conséquences négatives et à provoquer des changements positifs dans les comportements.

PRINCIPE 1 : ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ACCESSIBLE À TOUS LES CANADIENS

L'activité, le programme ou la politique d'éducation en matière de santé sexuelle favorise l'accessibilité universelle préconisée dans les Lignes directrices.

Exemples :

- ▶ Travailler en partenariat et établir des liens avec les organismes fédéraux, provinciaux, territoriaux et communautaires pour rassembler collectivement des fonds et des ressources afin d'assurer un développement coordonné et efficace des programmes, des politiques ou des activités ciblés d'éducation en matière de santé sexuelle. Déterminer les moyens pour réunir les gens afin de répondre aux besoins de financement.
- ▶ Développer les systèmes de partisans et d'utilisateurs des *Lignes directrices* et élaborer des documents de travail qui feront l'objet de débats nationaux sur l'avenir de l'éducation en matière de santé sexuelle.
- ▶ Mettre à profit et améliorer l'accès à l'éducation en matière de santé sexuelle en offrant, par exemple, des outils d'apprentissage sur Internet et autres médias (p. ex. pour cibler les jeunes).
- ▶ Enseigner aux praticiens comment comprendre et utiliser les *Lignes directrices* afin que la population cible bénéficie de leurs messages clés.

PRINCIPE 2 : INTÉGRALITÉ DE L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE : INTÉGRATION, COORDINATION ET ENVERGURE

L'activité, le programme ou la politique d'éducation en matière de santé sexuelle est suffisamment complet quant à l'intégration, la coordination et l'envergure préconisées dans les Lignes directrices.

Exemples :

- ▶ L'intégralité fait référence au contenu relativement à l'information, à la motivation et aux habiletés comportementales de l'éducation en matière de santé sexuelle. Par exemple, l'information peut ne pas suffire à elle seule à motiver les personnes à poser des gestes et à leur permettre d'acquérir les aptitudes nécessaires pour agir efficacement.
- ▶ Déterminer les chevauchements entre l'éducation en matière de santé sexuelle et les programmes apparentés et l'intégrer à ces derniers. Par exemple, l'éducation en matière de santé sexuelle peut être donnée dans le cadre d'études en biologie, en psychologie, en sociologie ou en anthropologie, d'études familiales, d'études religieuses ou de cours d'enrichissement personnel ou de développement social. Ces programmes peuvent être ciblés et offerts aux niveaux primaire, secondaire et postsecondaire.
- ▶ Établir des partenariats avec les professionnels de la santé, les parents et les associations étudiantes afin d'élaborer des programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle dans les milieux communautaires, éducatifs et cliniques.

PRINCIPE 3 :

EFFICACITÉ DES APPROCHES ET DES MÉTHODES ÉDUCATIVES

L'activité, le programme ou la politique d'éducation en matière de santé sexuelle intègre les approches et les méthodes éducatives efficaces et sensibles préconisées dans les Lignes directrices.

Exemples :

- ▶ Travailler stratégiquement avec les partenaires afin de définir une vision commune et de déterminer les principaux objectifs, reconnaître et respecter les différents besoins ethniques, culturels, sociaux et économiques; donner des occasions d'apprendre les uns des autres.
- ▶ Collaborer avec les organismes provinciaux, territoriaux et communautaires pour identifier les éléments ou les sujets clés du programme selon le secteur.
- ▶ Amener les parents et les jeunes à participer aux processus d'élaboration en les renseignant sur les bienfaits de l'éducation en matière de santé sexuelle et du maintien de la santé sexuelle et d'une vie saine. Encourager-les à s'exprimer afin que les programmes et les services dans ce domaine répondent à leurs besoins.
- ▶ Concevoir des moyens innovateurs afin d'impliquer les pairs influents, identifiés par l'entremise d'informateurs clés dans la collectivité, qui deviendront des champions de la santé sexuelle et de la vie saine. De plus, travailler de concert avec les dirigeants communautaires et les spécialistes de la santé sexuelle ainsi qu'avec les représentants provinciaux et territoriaux afin d'aborder toute controverse susceptible d'être soulevée par cette question.

PRINCIPE 4 : FORMATION ET SOUTIEN ADMINISTRATIF

L'activité, le programme ou la politique d'éducation en matière de santé sexuelle répond aux attentes en matière de formation et de soutien administratif préconisées dans les Lignes directrices.

Exemples :

- ▶ Procurer un guide d'orientation complet à ceux et celles qui assurent une éducation en matière de santé sexuelle. Le guide devrait comprendre les éléments suivants :
 - les connaissances attendues et les habiletés requises;
 - les activités dirigées et autodirigées;
 - les directives pour l'évaluation de l'apprentissage et du rendement personnel.
- ▶ S'assurer que les descriptions de postes au sein de l'organisme contiennent des énoncés qui définissent clairement les compétences qui serviront à guider la sélection du personnel, les entrevues et les processus d'embauche afin que les personnes choisies possèdent un niveau précis de connaissances et d'aptitudes ainsi que la capacité d'offrir des services d'éducation en matière de santé sexuelle.
- ▶ Procéder annuellement à une évaluation formelle du perfectionnement professionnel des éducateurs afin que la planification et les activités de perfectionnement professionnel en milieu de travail soient fondées sur les besoins d'apprentissage cernés dans le cadre de ce processus d'évaluation.
- ▶ Prévoir, dans le budget annuel, des fonds destinés à soutenir le perfectionnement professionnel et la formation continue du personnel chargé de l'éducation en matière de santé sexuelle. Un nombre précis de journées par année devrait être consacré à la formation spécialisée et au perfectionnement professionnel dans ce domaine.
- ▶ Inclure l'éducation en matière de santé sexuelle dans les programmes d'études. Faire en sorte que les établissements d'enseignement aient des programmes d'études en place pour permettre aux enseignants en formation ainsi qu'aux étudiants en médecine ou en sciences infirmières d'acquérir les connaissances et les aptitudes nécessaires pour assurer une éducation efficace en matière de santé sexuelle. Les programmes d'études devraient s'appuyer sur le cadre de travail décrit dans les *Lignes directrices* et être évalués en conséquence.

PRINCIPE 5 : PLANIFICATION DES PROGRAMMES, ÉVALUATION, MISE À JOUR ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL

L'activité, le programme ou la politique d'éducation en matière de santé sexuelle englobe les éléments de planification, d'évaluation, de mise à jour et de développement social préconisés dans les Lignes directrices.

Exemples :

- ▶ Faire participer les décideurs des politiques aux processus d'élaboration et d'évaluation et exercer une influence sur ces derniers.
- ▶ Concevoir des moyens pour soutenir la participation active et directe des décideurs des politiques, des chercheurs et des professionnels de la santé qui favoriseront l'avancement de l'éducation en matière de santé sexuelle et l'élaboration de programmes et de services améliorés dans ce domaine.
- ▶ Synthétiser et diffuser les meilleurs modèles de pratique, à l'échelle nationale et internationale, pour l'élaboration de programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle en intégrant simultanément la recherche à la politique et à la pratique.
- ▶ Établir des liens améliorés et plus fréquents en élargissant l'éventail de partenaires provinciaux, territoriaux et communautaires et en veillant à ce que les principaux experts et intervenants puissent contribuer directement aux processus d'élaboration des politiques, de planification, de recherche et d'évaluation.
- ▶ Créer un comité consultatif, composé de membres de la collectivité, d'organisations non gouvernementales et de tous les ordres de gouvernement, qui permettra de surveiller et d'évaluer régulièrement les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle afin de s'assurer qu'ils répondent bien aux besoins des publics ciblés. Les membres du comité devraient formuler des recommandations afin de modifier les programmes au besoin et produire un rapport annuel sur l'état des programmes, des services et des activités d'éducation en matière de santé sexuelle (qui pourrait être inclus dans un rapport plus détaillé sur les mesures éducatives ou les résultats à l'échelle provinciale ou territoriale).

Glossaire de termes relatifs à l'orientation sexuelle et à l'identité sexuelle⁶⁵⁻⁶⁷

Ce glossaire est un outil à l'intention des personnes qui travaillent dans le domaine de l'éducation et de la promotion en matière de santé sexuelle. Les termes peuvent varier selon les sources et les cultures.

AFFIRMATION DE SON IDENTITÉ :

Expression synonyme de « sortir du placard » - l'acte de révéler son orientation sexuelle ou son identité sexuelle (p. ex. à des amis, membres de la famille ou collègues).

ALLOSEXUEL : Le terme *allosexuel*, formé à partir du préfixe *allo-*, qui signifie « qui est d'une nature différente », a été inventé pour rendre en français le mot anglais *queer*, qui traditionnellement était utilisé pour parler péjorativement de l'homosexualité. Le terme *queer* a été récupéré, pour désigner, dans une nouvelle acception inclusive et axée sur la différence sexuelle, l'ensemble des personnes de la communauté LGBTBA.

BISEXUEL : Terme signifiant l'attraction sexuelle et sentimentale d'une personne envers les personnes des deux sexes.

BISPIRITUELS : Certains autochtones préfèrent utiliser le terme bispirituel plutôt que bisexuel, gai, lesbienne ou transgenre. Dans plusieurs cultures autochtones, les

personnes bispirituelles étaient autrefois des chefs et des shamans respectés. Avant la colonisation, on reconnaissait souvent la spécificité des personnes bispirituelles en fonction de leurs aptitudes spéciales de comprendre à la fois les points de vue des hommes et des femmes.

GAI : Terme signifiant une personne qui est attirée sexuellement et sentimentalement envers une autre personne du même sexe. Le mot « gai » est utilisé pour les deux sexes, mais il s'applique communément aux personnes de sexe masculin.

HÉTÉROSEXUEL : Terme qui qualifie l'attraction sexuelle et sentimentale d'une personne envers une personne du sexe opposé. Communément appelé « hétéro ».

HOMOPHOBIE : Peur ou haine envers l'homosexualité qui se manifeste souvent sous forme de préjudice, de discrimination, d'intimidation ou d'actes de violence.

HOMOPHOBIE INTÉRIORISÉE : Sentiment affaibli de sa valeur personnelle ou de son estime de soi ressenti par une personne après avoir été victime d'une homophobie manifestée ou présumée.

IDENTITÉ SEXUELLE : Sentiment d'appartenance ou d'identité sexuelle chez l'homme ou chez la femme, qui peut ou peut ne pas mettre en cause le sexe biologique de naissance.

INTERSEXUÉ : Terme qualifiant une personne qui possède des caractéristiques sexuelles ambiguës qui ne semblent pas conformes aux attentes culturelles ou sociétales distinctes du sexe masculin ou féminin. Par exemple, certaines personnes intersexuées naissent avec les organes génitaux des deux sexes ou avec une ambiguïté des organes génitaux. Dans certains cas, l'intersexualité ne se manifeste anatomiquement qu'à la puberté.

LGBTBA : Acronyme couramment utilisé pour désigner les divers groupes d'identité sexuelle, dont les personnes lesbiennes, gaies ou homosexuelles, bissexuelles, transgenres, bispirituelles et allosexuelles. L'expression « minorité sexuelle » est un synonyme.

LESBIENNE : Personne de sexe féminin attirée sexuellement et sentimentalement vers d'autres personnes du même sexe.

ORIENTATION SEXUELLE : Sentiment affectif et attraction sexuelle envers d'autres personnes, sans égard au sexe.

TRANSGENRE : Terme qui qualifie une personne dont l'identité sexuelle, l'apparence extérieure, l'expression et/ou l'anatomie ne correspondent pas aux attentes traditionnelles envers les hommes et les femmes.

TRANSSEXUEL : Terme qualifiant une personne qui ressent un inconfort intense, personnel et émotionnel à l'égard de son sexe de naissance et qui pourrait suivre un traitement (p. ex. hormones et/ou chirurgie) pour effectuer une transition vers l'autre sexe.

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1946). « Constitution of the World Health Organization », Genève.
2. Green, L.W., et M.W. Kreuter, (1991). « Health promotion today and a framework for planning ». Dans *Health Promotion Planning: An Education and Environmental Approach*. Deuxième Édition. Mountain View: Mayfield Publishing Co.
3. Agence de la Santé Publique du Canada (ASPC). (2002) « Health: Defining Health », [en ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/approach/index.html] (6 décembre 2007).
4. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1986). « The Ottawa Charter for Health Promotion ».
5. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2002). « Education for Health Promotion: Report of an Intercountry Expert Committee Meeting ».
6. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1998). « Health Promotion Glossary ».
7. Organisation mondiale de la Santé (OMS). « Sexual health working definitions » (ces définitions ne sont pas des définitions officielles de l'OMS), [en ligne]. [http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html] (18 janvier 2008).
8. Sandfort, T.G., et A.A. Ehrhardt. (2004). « Sexual Health: A Useful Public Health Paradigm or a Moral Imperative? » *Archives of Sexual Behavior*, vol. 33, p.181-187.
9. Giami, A. (2002). «Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept.» *Annual Review of Sex Research*, vol. 13, p. 1-35.
10. Naus, P., et J. Theis. (1991). « The construction of sexuality: implications for sex education and therapy ». *SIECCAN Journal*, vol. 6, p. 19-24.
11. Schmidt, G. (1987). « Sexual health within a societal context ». Dans *Concepts of Sexual Health: Report of a Working Group*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. (EUR/ICP/MCH 521).
12. Naus, P. (1989). « Sex education re-visited ». *SIECCAN Journal*, vol. 4, p. 15-23.
13. Gochros, H.L. (1983). « A social work perspective on sexual health ». *Journal of Social Work and Human Sexuality*, vol. 2, p. 11-20.
14. Chilman, C.S. (1990). « Promoting healthy adolescent sexuality ». *Family Relations*, vol. 39, p. 123-131.
15. Peterkin, A., et C. Risdon. (2003). « Caring for lesbian and gay people: A clinical guide ». Toronto, ON: University of Toronto Press.
16. Wells, K. (2006). « The gay–straight student alliance handbook: A comprehensive resource for K-12 teachers, administrators, and school counsellors ». Ottawa, ON: The Canadian Teachers' Federation.
17. Ryan, C., et Futterman, D. (1998). « Lesbian and gay youth: Care and counseling ». New York: Columbia University Press.
18. Russell, S.T. (2005). « Beyond risk: resilience in the lives of sexual minority youth ». *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, vol. 2, p. 5-18.

19. Santé Canada. (2006). « Votre santé et vous: Les aînés et le vieillissement – activité sexuelle ».
20. Servais, L. (2006). « Sexual Health Care in Persons with Intellectual Disabilities ». *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, vol. 12, p. 48-56.
21. Di Giulio, G. (2003). « Sexuality and People Living with Physical or Developmental Disabilities: A Review of Key Issues ». *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 12, p. 53-68.
22. Poulin, C., M. Alary, F. Bernier, et coll. (2001). « Prevalence of Chlamydia and Gonorrhoea among at-risk women, young sex workers and street youth attending community organizations in Quebec City, Canada ». *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 28, p. 437-443.
23. Agence de la Santé Publique du Canada (ASPC). (2006). « Les jeunes de la rue au Canada - Constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003. »
24. Kamb, M., M. Fishbein, J. Douglas, et coll. (1998). « Efficacy of risk-reduction counselling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial ». *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, p. 1161-1167.
25. Koniak-Griffin, D., et J.A. Stein, (2006). « Predictors of sexual risk behaviors among adolescent mothers in a human immunodeficiency virus prevention program ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 38, p. 297.
26. Kennedy, S.B., S. Nolen, J. Applewhite, et coll. (2007). « A quantitative study on the condom-use behaviors of eighteen- to twenty-four-year-old urban African American males ». *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 21, p. 306-320.
27. Dilorio, C., F. McCarty, et P. Denzmore. (2006). « An exploration of social cognitive theory mediators of father-son communication about sex ». *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 31, p. 917-927.
28. Kinsler, J., C.D. Sneed, D.E. Morisky, et A. Ang. (2004). « Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents ». *Health Education Research*, vol. 19, p. 730-738.
29. Bandura, A. (1986). « Social foundations of thought and action: A social cognitive theory ». Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
30. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). AIDS Community Demonstration Projects Research Group. (1999). « Community-level HIV interventions in 5 cities: final outcome data from the CDC AIDS community demonstration projects ». *American Journal of Public Health*, vol. 89, p. 336-345.
31. Naar-King, S., K. Wright, J.T. Parsons, et coll. (2006). « Transtheoretical model and condom use in HIV-positive youths ». *Health Psychology*, vol. 25, p. 648-652.
32. Hacker, K., E. Brown, H. Cabral, et D. Dodds. (2005). « Applying a transtheoretical behavioral change model to HIV/STD and pregnancy prevention in adolescent clinics ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 37 (3 Suppl), p. S80-93.
33. Prochaska, J.O., et W. F. Velicer. (1997). « The transtheoretical model of health behavior change ». *American Journal of Health Promotion*, vol.12, p. 38-48.
34. Jemmott, J.B., L.S. Jemmott, et G.T. Fong. (1998). « Abstinence and safer-sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: a randomized controlled trial ». *Journal of the American Medical Association*, vol. 279, p. 1529-1536.
35. Bosompra, K. (2001). « Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: an application of the theory of reasoned action ». *Social Science Medicine*, vol. 52, p. 1057-1069.

36. Albarracin, D., B.T. Johnson, M. Fishbein, et P.A. Muellerleile. (2001). « Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis ». *Psychological Bulletin*, vol. 127, p. 142-161.
37. Muñoz-Silva, A., M. Sánchez-García, C. Nunes, et A. Martins. (2007). « Gender differences in condom use prediction with Theory of Reasoned Action and Planned Behaviour: The role of self-efficacy and control ». *AIDS Care*, vol. 19, p. 1177-1181.
38. Ajzen, I., et M. Fishbein. (1980). « Understanding attitudes and predicting social behavior ». Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
39. Fishbein, M., et I. Ajzen. (1975). « Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research ». Reading, MA: Addison-Wesley.
40. Ajzen, I., et T.J. Madden. (1986). « Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control ». *Journal of Experimental Social Psychology*, vol. 22, p. 453-474.
41. Fisher, J.D., et W.A. Fisher (2000). « Theoretical approaches to individual level change in HIV risk behavior ». Dans J. Peteson, & R. DiClemente (Eds.), *Handbook of HIV Prevention*. New York: Plenum, p. 3-55.
42. Albarracin, D., J.C. Gillette, A.N. Earl, et coll. (2005). « A Test of Major Assumptions About Behavior Change: A Comprehensive Look at the Effects of Passive and Active HIV-Prevention Interventions Since the Beginning of the Epidemic ». *Psychological Bulletin*, vol. 131, p. 856-897.
43. Johnson, B.T., K.L. Marsh, et M.P. Carey. (2001). « Factors underlying the success of behavioral interventions to reduce sexual HIV transmission ». Paper presented at the 5th International Conference of AIDS Impact, Brighton, England, United Kingdom.
44. Fisher, J.D., W.A. Fisher, D.H. Cornman, K.R. Amico, A. Bryan, et G.H. Friedland. (2006). « Clinician-delivered intervention during routine clinical care reduces unprotected sexual behavior among HIV-infected patients ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 41, p. 44-52.
45. Crosby, R.A., L.F. Salazar, W.L. Yarber, et coll. (2008). « A Theory-Based Approach to Understanding Condom Errors and Problems Reported by Men Attending an STI Clinic ». *AIDS and Behavior*, vol. 12, p. 412-418.
46. Anderson, E.S., D.A. Wagstaff, T.G. Heckman, et coll. (2006). « Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model: testing direct and mediated treatment effects on condom use among women in low-income housing ». *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 31, p. 70-79.
47. Belcher, L., S. Kalichman, M. Topping, et coll. (1998). « A randomized trial of a brief HIV risk reduction counselling intervention for women ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 66, p. 856-861.
48. Fisher, J.D., W.A. Fisher, A.D. Bryan, et S. J. Misovich. (2002). « Information- motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth ». *Health Psychology*, vol. 21, p. 177-186
49. Marsh, K.L., B.T. Johnson, et M.P. Carey. (2001). « Conducting meta-analyses of HIV prevention literatures from a theory-testing perspective ». *Evaluation & the Health Professions*, vol. 24, p. 255-276.
50. Fisher, W.A., et J.D. Fisher. (1998). « Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: theory and method ». *Annual Review of Sex Research*, vol. 9, p. 39-76.
51. Fisher, J. D., W. A. Fisher, S. J. Misovich, D. L. Kimble, et T. Malloy. (1996). « Changing AIDS risk behavior: Effects of a conceptually based AIDS risk reduction intervention in a university student population ». *Health Psychology*, vol. 15, p. 114-123.

52. Fisher, W.A., J.D. Fisher, et J.J. Harman. (2003). « The information-motivation-behavioral skills model as a general model of health behaviour change: theoretical approaches to individual-level change ». Dans Suls, J. & Wallston, K. (Eds.), *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. United Kingdom: Blackwell Publishers.
53. Fisher, W.A. (1997). « A theory based framework for intervention and evaluation in STD/HIV prevention ». *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 6, p. 105-112.
54. Boyce, W., M. Doherty, C. Fortin, et D. MacKinnon. (2003). « Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study ». Counsel of Ministers of Education, Canada.
55. Manitoba Child Health Atlas. (2004). « Inequalities in Child Health: Assessing the Roles of Family, Community, Education and Health Care », [en ligne]. [http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reports/child_inequalities/index.shtml] (20 juin 2008).
56. Hardwick, D., et D. Patychuk. (1999) « Geographic mapping demonstrates the association between social inequality, teen births and STDs among youth ». *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 8, p. 77-90.
57. Darroch, J.E., J.J. Frost, S. Singh, et coll. (2001). « Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries: Can More Progress be Made? » Occasional Report. New York: The Alan Guttmacher Institute.
58. Maticka-Tyndale, E., A. McKay, et M. Barrett. (2001). « Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries: Country Report for Canada » Occasional Report, New York: The Alan Guttmacher Institute.
59. Maticka-Tyndale, E., M. Barrett, et A. McKay. (2000). « Adolescent sexual and reproductive health in Canada: a review of national data ». *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 9, p. 41-65.
60. Maticka-Tyndale, E. (2001). « Sexual health and Canadian youth: how do we measure up? ». *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol.10, p. 1-17.
61. Kirby, D. (2001). « Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy ». Washington, DC: National Campaign to Reduce Teen Pregnancy.
62. L'Engle, K.L., J.D. Brown, et K. Kenneavy. (2006). « The mass media are an important context for adolescents' sexual behavior ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 38, p. 186-192.
63. Brown, J.D., K.L. L'Engle, C.J. Pardun, G. Guo, et coll. (2006). « Sexy media matter: exposure to sexual content in music, movies, television, and magazines predicts black and white adolescents' sexual behavior ». *Pediatrics*, vol. 117, p. 1018-1027.
64. Sikkema, K., J. Kelly, R. Winett, et coll. (2000). « Outcomes of a community-level HIV prevention intervention for women living in 18 low-income housing developments ». *American Journal of Public Health*, vol. 90, p. 57-63.
65. Patrimoine canadien et Parcs Canada. (2004). « Sortir des sentier battus: Pour mieux comprendre la réalité des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres en milieu de travail » [en ligne]. [http://www.pch.gc.ca/progs/pdp-hrp/canada/outandabout/intro_f.cfm] (23 juin 2008).
66. Schrader, A. M., et K. Wells. (2007). « Challenging silence, challenging censorship: Inclusive resources, strategies and policy directives for addressing BGLTT realities in school and public libraries ». Ottawa, ON: Canadian Teachers' Federation.
67. Wells, K., et L. M. Tsutsumi. (2005). « *Creating safe and caring schools for lesbian, gay, bisexual, and trans-identified students: A guide for counsellors* ». Edmonton, AB: The Society for Safe and Caring Schools and Communities.

