

SESSION INTERNATIONALE N° 2 : Agir, éduquer et former pour une santé durable



Coordination : **Marlena BOUCHE**, CMA, déléguée CMA auprès de l'UNESCO
Intervention et témoignages d'experts internationaux.

Johanna HERAT, team leader : sexuality education, srh and gender equality, section
or health and global citizenship education, education sector, unesco hqs.

Thierry TROUSSIER, Médecin de santé publique et sexologue, Président de la
Chaire UNESCO « Santé Sexuelle et Droits Humains », Université Sorbonne Paris
Cité/France.

Alison CROSS, Psychologue de l'éducation, Vice- présidente du Conseil
international d'éducation des adultes (CIEA), Représentante de la Région des
Caraïbes, Jamaïque.

Shashikala SITARAM, Chercheuse et Consultante internationale dans le domaine
du genre, de l'éducation et du développement inclusif, Administrative Training
Institute, Mysore, Inde, représentée par **Tejaswini Hiremath**, spécialiste en activité
sociale, Karnataka Health Promotion Trust. Working on "Adolescent Girl's program",
Inde.

Zhilbayev ZHANBOL OKTYABROVICH, Pédagogue, Président de l'Académie des
Sciences Pédagogiques, Kazakhstan.

Yves ANGELLOZ, Kinésithérapeute, Président Fondateur du Centre International
des Jeux Mondiaux pour la Paix (ONG internationale).

Pour une approche **transculturelle et holistique** des questions concernant **notre
santé à tous les âges**, trois thèmes clés ont fait l'objet d'un débat :

Apprendre pour la vie : une éducation pour tous en matière de santé ?

Nous sommes de plus en plus nombreux aujourd'hui à être convaincus que la
santé occupe une place centrale dans les apprentissages tout au long de la vie : la
conception de la santé est en train de passer d'un modèle centré sur la maladie à un
modèle centré sur la bonne santé. Le mode de vie est maintenant reconnu comme
un facteur majeur dans la sauvegarde de notre santé et l'on sait que les
comportements durables s'acquièrent dès le plus jeune âge et que les 2/3 des décès
précoces d'adultes sont liés à des conditions ou comportements ayant débuté durant
l'adolescence. Et pourtant l'école n'a pas les moyens de veiller à une véritable
acquisition d'habitudes durables. Et si la littérature scientifique et l'information sur la
toile abondent, elles ne suffisent pas à créer chez l'individu une motivation
suffisamment forte pour mettre en œuvre les principes de modes de vie saine.

- ! Si la priorité est la santé, quels sont les politiques, programmes et
projets dont les résultats pourraient être partagés et repris ? Comment

développer des aptitudes et des comportements dès la petite enfance pour que chaque individu se sente responsable de sa santé et sache construire son bien-être physique, culturel, spirituel dans sa globalité et complexité ?

L'échec de l'éducation à la sexualité des jeunes : il faut agir !

Il n'est plus contesté qu'il s'agit d'un sujet primordial et sensible qui concerne tous les âges. Et pourtant, dans nombre de sociétés, le discours concernant la sexualité reste un sujet tabou, souvent du fait des traditions et cultures confessionnelles. Alors même que le nombre alarmant de grossesses à l'âge scolaire et d'IVG des mineures est devenu critique, et qu'il est reconnu comme un problème de santé publique dans bon nombre de pays du Nord et du Sud, les adultes sont mal à l'aise pour en parler avec les jeunes. Qui doit donc s'adresser à eux ? Et les jeunes, à qui doivent-ils poser leurs questions « délicates » ?

- ! Comment agir : faut-il éduquer d'abord les parents, ou les enseignants ? L'école est-elle un bon endroit pour en parler : doit-elle informer ou éduquer ? Comment légitimer une vision positive dans l'éducation à la sexualité en allant au-delà de l'approche médicalisée ? Quels sont les fondamentaux universels en matière d'éducation à la sexualité et des Droits Humains (les émotions, le plaisir, la spiritualité, les rapports sociaux de genre) ; les Droits de recevoir et de diffuser des informations et une éducation ; les Droits à la liberté de pensée, à la vie privée et familiale, à la protection contre toute forme de violence et à la vie ?

L'éducation des filles : une véritable urgence !

Malgré les objectifs fixés par la communauté internationale de l'Éducation Pour Tous (EPT¹), les disparités dans la scolarité entre filles et garçons se maintiennent dans beaucoup des pays du monde. On est loin des 100 % à atteindre en 2015 : si les filles scolarisées obtiennent souvent de meilleurs résultats académiques, nombre d'entre elles sont inlassablement victimes de discrimination tant dans la vie scolaire que dans les sphères familiale et professionnelle. En butte aux comportements abusifs des adultes, aux agressions sexuelles et à la violence même à l'école... leur propre ignorance en matière de santé est un facteur de risque supplémentaire.-

- ! Les problèmes auxquels les filles doivent faire face sont-ils d'origine sociétale, culturelle, éducative ou politique ? Comment des comparaisons interculturelles peuvent-elles nous éclairer ? Faut-il des programmes spécialement conçus pour les filles ? Quelles sont les

¹ EPT Programme mondial Education pour Tous

limites des processus d'apprentissage ? Existe-t-il actuellement des solutions efficaces et adéquates pour répondre à ce phénomène complexe ? Quel bilan pouvons-nous dresser des méthodes d'apprentissage spécifiques et globales ? Quelles sont les approches les plus adaptées ?



« L'éducation à la santé sexuelle et aux droits Humains peut-elle être universelle ? »



Thierry TROUSSIER

Thierry TROUSSIER, Médecin de santé publique et sexologue, Président de la Chaire UNESCO « Santé Sexuelle et Droits Humains », Université Sorbonne Paris Cité/France.

1. Le contexte

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. La santé sexuelle est un des éléments intrinsèques de la santé humaine. L'éducation à la santé sexuelle est fondée sur une approche constructive et globale des relations humaines, des comportements sexuels et de la reproduction, dans le respect des Droits Humains.

1.1 Quelques définitions préalables

La « santé sexuelle » est un nouveau champ d'études du début du 20^e siècle, basé sur une compréhension interdisciplinaire de la Sexualité Humaine. Les déterminants individuels et sociaux sont des facteurs importants pour obtenir des résultats positifs en matière de santé sexuelle.

Les liens entre la santé sexuelle et reproductive, les déterminants sociaux et le développement social dans son ensemble, ont été renforcés par l'UNESCO lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Pékin en 1995.

« La prévalence de la pauvreté et de la dépendance économique parmi les

femmes... le contrôle limité de nombreuses femmes sur leur vie sexuelle et reproductive et le manque d'influence dans les processus décisionnels des réalités sociales ont un impact négatif sur leur santé.... Une bonne santé est indispensable pour mener une vie productive et enrichissante, et le droit de toutes les femmes de contrôler tous les aspects de leur santé, en particulier leur fécondité, est fondamental pour leur autonomisation. » Conférence mondiale sur les femmes de 1995.

Au début des années 2000, des experts ont pu s'appuyer sur des accords antérieurs qui relient la santé, le développement et les Droits Humains. Le courant de définition de l'OMS² de la santé sexuelle, est né d'une rencontre internationale d'experts en 2002 qui avaient une vue d'ensemble de la santé sexuelle :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, et ni discrimination ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et les Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés. »

La santé sexuelle est un processus dynamique qui est un aspect central de l'être humain tout au long de sa vie, qui englobe le sexe, le genre, les identités et les rôles, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée dans les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, toutes ne sont pas toujours vécues ou exprimées.

La définition de la sexualité par l'OMS de 2002 (OMS 2006) reconnaît le rôle important joué par les facteurs intrinsèques de la santé sexuelle (biologique, psychologique, spirituel) et les facteurs extrinsèques (relationnel, économique, juridique, etc.).

1.2 Il existe une **interaction** complexe de **facteurs** qui déterminent les résultats en santé sexuelle à des niveaux **distincts**, mais qui sont **liés** :

- ! Au niveau macro où les lois, leurs interdictions et préconisations agissent sur la Société ;
- ! Au niveau intermédiaire où l'environnement local, les réseaux sociaux, les aspects culturels, économiques et politiques influencent les variables telles que l'accès à des services et à des informations ;
- ! Au niveau micro où les caractéristiques innées de l'individu (par exemple, le sexe, la santé physique et mentale, l'ethnie, l'âge, etc.), les caractéristiques

²Organisation Mondiale de la Santé

acquises (grâce aux réseaux sociaux et à l'expérience dans la vie sociale, aux facteurs culturels, économiques et politiques) influent directement sur la santé sexuelle.

Il convient de définir et déterminer les principes d'une éducation sexuelle entendue comme un service de santé universel innovant qui bénéficie aux personnes à tous les âges de la vie et aux professionnels de l'éducation et de la santé.

Il convient également de mettre en exergue les freins et les leviers pour permettre le développement d'une éducation à la Santé Sexuelle et aux Droits Humains, accessible au plus grand nombre.

2 - Les principes directeurs et les composants de l'éducation à la santé sexuelle développés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNESCO

2.1 Une approche **positive** et **globale** qui s'inscrit dans l'évolution des modèles d'éducation sexuelle basés sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST³) (SIDA...) et des grossesses non désirées et qui ont montré leurs limites. L'approche positive n'est donc pas ici entendue comme une approche normative : elle cherche à comprendre comment le système fonctionne tandis que l'approche normative explicite des objectifs à atteindre et évalue la performance du système par rapport à ces objectifs.

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

2.3 Une éducation sexuelle dont la diversité est une caractéristique fondamentale.

2.3.1 Les règles qui régissent le comportement sexuel varient considérablement d'une culture à l'autre et au sein d'une même culture. Certains comportements sont considérés comme acceptables et souhaitables, d'autres comme inacceptables.

2.3.2 Les principes directeurs internationaux de l'UNESCO relatifs à l'éducation sexuelle entendent :

- aider à percevoir la nécessité de programmes de sensibilisation accrue sur des questions et préoccupations majeures des enfants et des jeunes ;
- favoriser une compréhension claire de ce qu'englobe l'éducation sexuelle, de la finalité qu'elle vise et des résultats potentiels qu'elle peut apporter ;
- fournir des conseils aux autorités éducatives à l'échelon de la société et de l'école ;
- améliorer la préparation des enseignants et renforcer les capacités institutionnelles ;

³ IST

- fournir des conseils sur la manière d'élaborer des matériels et des programmes culturellement pertinents et adaptés à l'âge des bénéficiaires.

2.3.3 Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'éducation à la santé sexuelle :

- ! est adaptée au niveau de développement et aux capacités intellectuelles de ses destinataires,
- ! est fondée sur une approche des droits humains,
- ! est fondée sur une conception holistique du bien-être, qui inclut la santé,
- ! est fondée sur l'égalité des sexes, l'autodétermination et l'acceptation de la diversité,
- ! contribue à une société équitable,
- ! est basée sur des d'informations précises et scientifiquement étayées,
- ! favorise la réflexion sur la sexualité et diverses normes et valeurs en regard des droits humains,
- ! soutient la capacité de construire des relations (sexuelles) basées sur la compréhension et le respect mutuel,
- ! favorise la capacité à communiquer au sujet de la sexualité, des émotions et des relations, et permet l'acquisition du langage nécessaire.

3 - Les leviers sociétaux recensés peuvent être :

- ! L'engagement de mettre en place une éducation sexuelle et à la prévention du VIH et du SIDA concrétisée par un contexte politique favorable ;
- ! L'existence d'une tradition d'éducation sexuelle, même timide, dans les établissements scolaires ;
- ! La sensibilisation préalable des professeurs principaux, des enseignants et de membres des communautés ;
- ! La conclusion de partenariats, par exemple entre les ministères de l'Éducation et de la Santé, et entre des organismes publics et des organisations de la société civile ;
- ! La présence d'organisations et de groupes qui représentent les jeunes et contribuent à ouvrir leurs perspectives ;
- ! La mise en œuvre de processus collaboratifs pour l'examen des programmes scolaires ;
- ! L'existence d'organisations de la société civile prêtes à promouvoir un programme complet d'éducation sexuelle, même face à une très forte opposition ;
- ! L'identification et l'implication active d'« alliés » parmi les décideurs ;
- ! L'appui à la formation continue des enseignants et à la diffusion de matériels appropriés ;
- ! La possibilité de disposer d'un soutien technique adéquat (octroyé par des partenaires du système des Nations Unies, par exemple, ou par des organisations non gouvernementales internationales), notamment en matière de sensibilisation des décideurs, de promotion de l'utilisation de méthodes participatives par les enseignants et de participation à des réunions et à des réseaux à dimension internationale ;
- ! L'implication des jeunes dans la sensibilisation des parents, des enseignants et des décideurs ;

- ! Les possibilités offertes aux décideurs de participer à la mise en œuvre de l'éducation sexuelle à l'école en observant le déroulement des cours et en dialoguant avec les enseignants et avec les élèves ;
- ! La suppression des obstacles empêchant de dispenser un programme complet d'éducation sexuelle, comme le retrait des matériels pédagogiques à caractère homophobe ;
- ! Le fait d'être disposé à recourir aux organismes politiques et juridiques internationaux.

4 - Les freins et résistances :

4.1 Les freins à l'éducation sont souvent liés à l'individu :

- Les personnalités, les cultures, les croyances dans les traditions ;
- La connaissance, la psyché et les enjeux affectifs qui ne sont pas toujours en cohérence ;
- Les périodes de changement des enfants et de métamorphose des jeunes ;
- Le manque d'estime de soi en lien avec les modifications du corps ;
- Les maladies au long cours ;
- Les histoires familiales difficiles ;
- Les violences intrafamiliales ;
- Les handicaps psycho-sociaux.

4.2 Les freins sont aussi liés aux facteurs environnementaux :

- Le genre comme les violences de genre, les mariages précoces, le nonaccès aux soins et à la santé ;
- L'environnement tel que les situations d'urgence, les territoires en guerre ;
- Les exclusions sociétales et les discriminations ;
- Les interdits culturels ou religieux forts vis-à-vis de la sexualité entraînant un sentiment de culpabilité ;
- Une législation non respectueuse des Droits Humains ;
- Les politiques en lien étroit avec les religions.

5. Discussions :

5.1 Cette définition de l'éducation à la santé sexuelle de la Chaire UNESCO intègre des concepts et principes directeurs actuellement déterminés par l'UNESCO et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), mais la question qui se pose est : comment adapter ces concepts et principes pour les rendre universels ?

Promouvoir la santé sexuelle et reproductive ainsi que les Droits humains des jeunes, notamment en dispensant une éducation sexuelle, par des moyens innovants, formels (écoles et service de santé) et informels (parents, réseaux communautaires), est dès lors une stratégie capitale pour atteindre les Objectifs du Millénaire post 2015 pour le développement humain et pour l'accès universel à la santé.

5.2 Quels sont les fondamentaux universels en matière des Droits Humains appliqués à l'éducation à la sexualité (les Droits de recevoir et de diffuser des

informations et une éducation, les Droits à la liberté de pensée, à la vie privée et familiale, à la protection contre toute forme de violence et à la vie) ?

Quels sont les fondamentaux universels en matière d'éducation à la sexualité (les émotions, le plaisir, la spiritualité, les rapports sociaux de genre) ?

L'éducation à la santé sexuelle est un processus permanent tout au long de la vie. Elle est importante à différents âges, elle est essentielle durant l'enfance et l'adolescence et doit être prise en compte au sein des différents milieux ou groupes sociaux. Elle doit partir d'une attitude fondamentalement pluridisciplinaire, positive et globale envers la santé et la santé sexuelle.

Pour améliorer le niveau global de santé sexuelle, il est essentiel de donner aux enfants et aux jeunes une éducation adéquate en matière de sexualité, au travers de la famille, des services de santé et éducatifs. Les jeunes doivent connaître la sexualité aussi bien en termes de risques que de potentialités, afin qu'ils puissent développer une attitude positive, autonome, satisfaisante et sûre dans les domaines de la sexualité et de la reproduction. L'éducation à la santé sexuelle est un service de santé qui doit être accessible à tous, il concoure directement à l'objectif du Millénaire post 2015 « assurer une couverture santé universelle pour tous ».

Bibliographie

- BZgA Federal Centre for Health Education and WHO Regional Office for Europe (2010). Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne. (2010). file:///C:/Documents%20and%20Settings/ttroussier/Bureau/THIERRY-2%20(E)/Thierry/WHO_BZgA_Standards_franz%C3%B6sisch.pdf
- Hawkes S, Hart G. Men's sexual health matters: promoting reproductive health in an international context. Tropical Medicine and International Health 2000; 5(7):37-44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10964281>
- ICPD (1994) International Conference on Population and Development, 1994, Programme of Action, section 1.8. Accessed at: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>
- IPPF (1996) International Planned Parenthood Federation. Charter on Sexual and Reproductive Rights, 1996. Accessible at: http://issuu.com/ippfresources/docs/ippf_charter_on_sexual_and_reproductive_rights/5
- Population Council. (2011). It's All One Curriculum. Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV, and Human Rights. Population Council. New York, 2011. http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2011PGY_ItsAllOneActivities_en.pdf
- UNESCO (2009), International Technical Guidance on Sexuality, , vol I et II, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>
- UNESCO (2010) Levers of success. Case studies of national sexuality education programs. UNESCO. Paris, 2010. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001884/188495e.pdf>

- [UNESCO \(2010\). International Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach for schools, teachers, and health educators. UNESCO, 2010. http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf)
- [UNFPA \(2010\) Comprehensive Sexuality Education: Advancing Human Rights, Gender Equality and Improved, Sexual and Reproductive Health. United Nations Population Fund. Bogota, 2010. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/groups/youth/public/Comprehensive%20Sexuality%20Education%20Advancing%20Human%20Rights%20Gender%20Equality%20and%20Improved%20SRH-1.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/groups/youth/public/Comprehensive%20Sexuality%20Education%20Advancing%20Human%20Rights%20Gender%20Equality%20and%20Improved%20SRH-1.pdf)
- [United Nations Human Rights, \(2011\) Office of the High Commissioner: Girls, women and sexuality education – the link to achieving the MDGs. http://www.un.org/en/events/women/iwd/2011/pdfs/Infonote_Women_and_the_right_to_sexual_education.pdf](http://www.un.org/en/events/women/iwd/2011/pdfs/Infonote_Women_and_the_right_to_sexual_education.pdf)
- [WAS, \(2008\) Sexual Health for the Millennium: A Declaration and Technical Document. http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/millennium-declaration-french.pdf](http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/millennium-declaration-french.pdf)
- [WAS : http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/science-based-sexuality-education.pdf](http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/science-based-sexuality-education.pdf)
- [WAS : http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/standards-of-sexual-education.pdf](http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/standards-of-sexual-education.pdf)
- [WHO \(2006\). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, January 2002, Geneva. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf?ua=1
- [WHO, \(2010\). Developing sexual health programmes: a framework for action. WHO, WHO/RHR/HRP/10.22 . http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?ua=1)
- [WHO, \(2010\), Developing sexual health Programmes – a framework for action, WHO/RHR/HRP/10.22, Geneva, 2010. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf)
- www.un.org/popin/icpd/conference/
- www.un.org/popin/icpd2.htm
- www.un.org/womenwatch/daw/beijing/
- www.yogyakartaprinciples.org

L'éducation à la sexualité pour le 21^{ème} siècle : Qu'est-ce qui est "réellement" pertinent pour les enfants et les jeunes dans le contexte de la Jamaïque et des Caraïbes ?



Alison CROSS

Alison Cross, D.Ed. Consultante en psychologie scolaire, VP du Conseil International de l'Éducation des Adultes (CIEA), représentante de la région des Caraïbes Jamaïque, Antilles.

RÉSUMÉ

Ce document de discussion explorera les avantages et les inconvénients de l'éducation à la sexualité en Jamaïque et aux Caraïbes ; il inclut en particulier le point de vue des enfants et des jeunes. La question sous-jacente qui anime cette discussion est « Comment pouvons-nous rendre pertinente l'éducation à la sexualité pour les enfants et les jeunes au 21^{ème} siècle dans le contexte des Caraïbes ? ». En Jamaïque et dans les Caraïbes, une attention particulière a été portée à l'amélioration de la santé générale et génésique des adolescents. Une grande partie de cette attention est due au nombre croissant d'adolescents touchés par le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les efforts visant à transformer les conséquences de la sexualité des adolescents ont conduit à de fervents débats sur le contenu, l'influence, le moment et la source de l'éducation sexuelle. Des recherches documentaires clés ont été menées dans les bases de données électroniques et sites web dédiés. De surcroît, des efforts ont été effectués pour inclure les recherches prenant en compte le point de vue des jeunes eux-mêmes. Le contexte actuel des enfants et des jeunes est important. Les enfants et les jeunes des Caraïbes vivent dans un environnement hyper sexualisé où la musique, le câble et Internet les bombardent d'images, de concepts et de sentiments qu'ils doivent apprendre à gérer. De nombreux parents et enseignants ne sont pas au courant de certains des problèmes qui existent, mais beaucoup sont également mal équipés pour ces conversations indispensables. Cette génération n'a pas à se confronter à tout cela. L'examen de la documentation sur l'impact des programmes d'État sur l'éducation sexuelle, en particulier le programme d'éducation à la santé et à la vie de famille (HFLE) a soulevé les problèmes suivants : le programme HFLE n'est pas une matière académique donnant lieu à examen. Habilitier les enseignants avec plus d'outils pédagogiques dynamiques, avec la coopération des parents, avec l'implication des organismes externes et professionnels de santé, suivre et évaluer les résultats de l'éducation à la sexualité, sont des solutions qui ont été proposées pour améliorer la pratique actuelle en matière d'éducation sexuelle dans les écoles en Jamaïque et Caraïbes. Il y a également des incohérences entre les politiques et le cadre juridique qui bloquent l'accès aux services de santé génésique pour les jeunes. En outre, l'absence de services de santé adaptés aux jeunes et les barrières culturelles entravent d'autant plus la promotion efficace d'une éducation sexuelle complète et l'accès aux services de santé génésique pour les jeunes. Ce contexte actuel doit changer si nous voulons répondre aux besoins en matière de sexualité de nos enfants et nos jeunes.

1. Contexte – Santé et profil social des enfants et des jeunes des Caraïbes

Les jeunes d'aujourd'hui à travers le monde jouent un rôle essentiel à la création du monde de demain. Il est primordial pour la région des Caraïbes de se concentrer sur

les enfants et les jeunes puisque deux tiers de la population est âgée de moins de trente ans. Les enfants et les jeunes des Caraïbes vivent dans un environnement hyper sexualisé où la musique, le câble et Internet les bombardent d'images, de concepts et de sentiments qu'ils doivent apprendre à gérer. De nombreux parents et enseignants ne sont pas au courant de certains des problèmes qui existent, mais beaucoup sont également mal équipés pour ces conversations indispensables. Ces problèmes n'étaient pas présents dans la Jamaïque et les Caraïbes où ils ont grandi. Car là, il n'y avait pas tous ces problèmes : pas de « not-fit-for-airplay music » disponible avec facilité, pas de pornographie gratuite via Internet et les téléphones portables, pas de télévision par câble, pas de culture « bling-bling », et les relations sexuelles de nature transactionnelle étaient un concept réservé aux prostituées. Paradoxalement, c'est généralement l'ancienne génération, ces personnes assises à leurs bureaux qui tentent de façonner les perspectives et la vie de ces jeunes, sans nécessairement prendre en compte le point de vue des jeunes.

L'étude de la Banque mondiale de 2003 révèle que les jeunes âgés entre 10 à 24 ans représentent environ 30 % de la population dans les Caraïbes (Banque mondiale, 2003). Cette tranche de la population a toujours été un groupe « à risque ». Les conclusions permettent d'identifier certaines préoccupations sociales et environnementales clés comme la pauvreté, le chômage, les taux élevés d'échec scolaire, l'instabilité familiale, les communautés fragmentées, la maltraitance et la négligence à l'égard des enfants, la violence, le stress et l'aliénation, l'influence négative des médias, les sous-cultures douteuses, et l'indisponibilité d'infrastructures d'éducation physique et récréative. Une augmentation constante de la pauvreté (de 12,3 % en 2008 à 17,6 % en 2012), une tendance à la hausse préoccupante au sein de cette jeune population de l'infection du VIH/SIDA, les grossesses chez les adolescentes, les questions de trafic de stupéfiants et autres comportements dangereux sont relevés.

Nous avons besoin d'avoir de solides discussions sur la façon d'améliorer les choix et les modes de vie de nos jeunes, dans le contexte complexe des Caraïbes qui est embourbé dans des « normes » générationnelles éprouvées et acceptées dans le cadre de la pauvreté intergénérationnelle.

Éclairer les politiques afin de comprendre les tendances et les causes des comportements à risque dans le contexte des Caraïbes

En dépit de la perception "décontractée" du style de vie dans les Caraïbes, les 15 à 24 ans sont pessimistes quant à leur situation actuelle en la décrivant sur une note légère comme étant « OK », « délicate », « dure », « difficile », ou au travers de descriptions plus préoccupantes : c'est comme « vivre en enfer », « vivre sans espoir » et que « ah so di ting set » (rien ne peut changer leur situation). Il est donc primordial de bien comprendre, en particulier du point de vue des jeunes, les opportunités et les défis auxquels ils sont confrontés alors qu'ils naviguent vers l'âge

adulte. L'attention portée à l'éducation sexuelle est particulièrement cruciale dans les Caraïbes actuellement.

Selon la Banque mondiale (2003), il existe un certain nombre de conséquences négatives importantes qui sont propres à la région des Caraïbes et qui seront critiques pour la discussion au moment où nous déployons des efforts pour améliorer l'éducation à la santé et la sexualité de nos jeunes. La situation est caractérisée notamment par les problèmes suivants, qui néanmoins ne représentent pas une généralité :

• La violence sexuelle et physique est très présente aux Caraïbes et semble être « socialement acceptée » comme la « norme » dans de nombreux pays des Caraïbes. D'après l'étude dans neuf pays CARICOM (2003) de la Banque mondiale, 1 adolescent scolarisé sur 10 a été victime de violence sexuelle. Les Caraïbes se démarquent nettement des autres pays en raison du taux très élevé de violence sexuelle chez les garçons.

• L'âge de l'initiation sexuelle dans les Caraïbes est parmi les plus bas au monde (à l'exception de l'Afrique, où les premières expériences sexuelles ont lieu dans le mariage).

Ce début précoce de vie sexuelle prédispose les jeunes à une grossesse précoce, le VIH/Sida et autres infections sexuellement transmissibles (IST).

• La région des Caraïbes a la plus forte incidence du VIH/SIDA hors d'Afrique — et les jeunes constituent un groupe à risque. Entre autres choses, le VIH/SIDA est lié aux valeurs culturelles concernant la sexualité qui sont propres aux Caraïbes.

• Le taux de sentiment de rage atteint est extrêmement élevé chez les jeunes : 40 % des étudiants de la CARICOM déclarent avoir des sentiments de rage. Le fort taux de violence sexuelle et physique se manifeste chez les enfants lorsque ces derniers sont confrontés à un sentiment de rage.

À l'issue de consultations avec les jeunes de Jamaïque, Haïti et Trinidad, (Brathwaite 2009) il a été mis en évidence que les jeunes qui avaient bénéficié d'une « éducation efficace, de bons conseils et de bonnes opportunités, et d'une présence parentale » étaient moins susceptibles de faire de mauvais choix ou risqués. Cependant, les jeunes qui ont été contraints de subsister dans des contextes de violence, pauvreté, stigmatisation communautaire et sous mauvaise influence, la prise de risque est considérée comme un moyen de survie et l'existence de risques, un mode de vie.

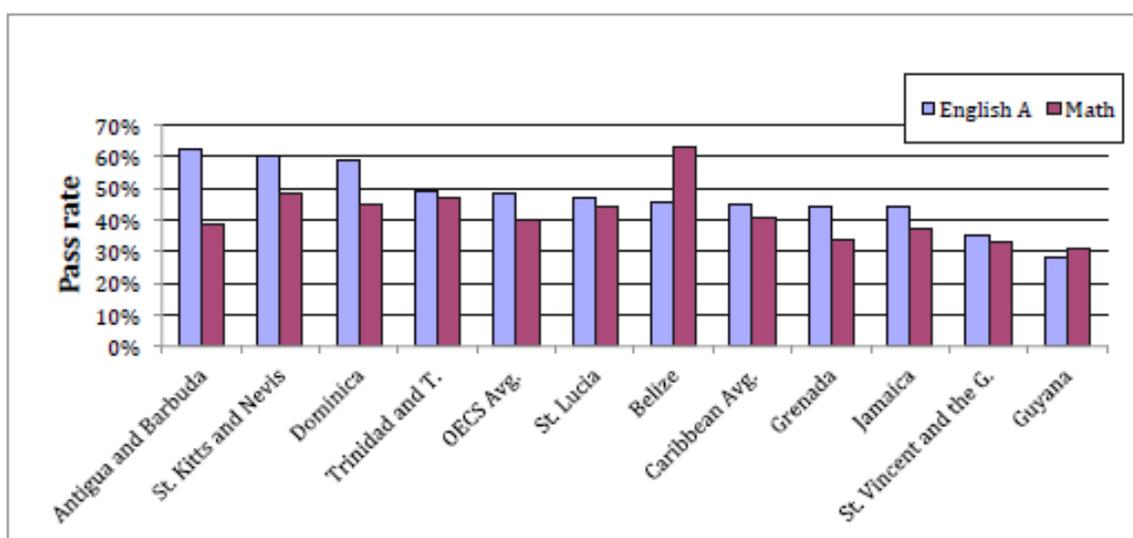
Le cadre scolaire caribéen est-il propice à l'enseignement aux jeunes ? Le développement de compétences appropriées – un défi de taille pour nos enseignants.

Le niveau de connaissances en langues et en mathématiques des élèves est faible, tel que l'indique le Conseil caribéen des études secondaires (CSEC) avec les résultats d'examen 2011, illustrés dans le tableau I. Seulement 50 % de la cohorte jamaïcaine admissible à passer cet examen s'y est effectivement présenté. En d'autres termes sur une cohorte d'environ 50 000 élèves de onzième année,

seulement 25 000 environ se sont présentés à l'examen. Par conséquent, c'est près de 75 % de notre population qui a échoué - environ trente mille étudiants quittent l'école secondaire sans diplôme chaque année (Johnson, 2012).

Cela nous apprend deux choses, l'une que nos étudiants sont peu performants, mais aussi le fait que nous ne parvenons pas à enseigner à nos étudiants avec succès. Cette insuffisance du niveau scolaire et plus généralement de l'engagement dans l'apprentissage à l'école a des conséquences graves pour les jeunes eux-mêmes, leurs communautés et notre pays, y compris les revenus moindres, une mauvaise santé, et moins de participation à la vie civique. La réponse repose, en partie, sur le fait qu'il y a un écart considérable entre ce que nous savons sur la façon dont les jeunes apprennent le mieux et les pratiques caractéristiques des écoles.

Tableau I : Résultats d'examen CSEC ⁴



Bien qu'en général nos jeunes se bagarrent en classe, la culture et les sports sont deux domaines dans lesquels les jeunes ont contribué à l'identité régionale et pour lesquels ils ont besoin de reconnaissance (CARICOM, 2010). Notre réussite au niveau régional des Caraïbes en sports de compétition - football, cricket, athlétisme, volley-ball, rugby, netball, squash et badminton - met en évidence que nos jeunes ont la discipline et les aptitudes sociales pour apprendre et exceller – en dépit des mauvais résultats scolaires en classe.

Comment pouvons-nous utiliser des modèles d'apprentissage efficaces pour améliorer nos interventions en matière d'éducation à la sexualité ?

Au cours des dernières décennies, les recherches en sciences cognitives et de l'apprentissage, en sciences de l'éducation, et en psychologie du développement ont

⁴Conseil Caraïbéen des Examens (2011). Bulletin Statistique 2011.

permis de constituer un modèle de la manière dont les jeunes apprennent le mieux. Les enfants et les jeunes apprennent mieux quand ils parviennent à voir clairement l'objectif des activités d'apprentissage ; et quand ils contribuent à la co-construction, l'interprétation, l'application, la compréhension, l'établissement de liens. La motivation est essentielle pour un apprentissage réussi et souvent plus efficace lorsqu'il est social, lorsqu'il est effectué sous la forme d'une activité commune au sein des relations significatives et lorsqu'il permet une participation plus responsable au sein d'une tradition, d'une communauté d'autres apprenants, dans sa propre culture en général (Halpern et al. 2012).

2. Éducation à la sexualité : les initiatives entreprises - Défis et réussites.

La Jamaïque et la région des Caraïbes ont pris des mesures vigoureuses dans la création d'environnements favorables afin de réduire la vulnérabilité au VIH et à d'autres maladies. Les points de mire de cette stratégie multisectorielle incluent le renforcement des cadres et de l'agenda politique, juridique, social et culturel pour proposer des services durables et efficaces à la population (2012 KAPB Survey).

Au niveau politique

Éducation à la santé et à la vie de famille (HFLE) dans les écoles

Face à l'épidémie de VIH/SIDA et son impact sur le système éducatif, le Ministère de l'Éducation a élaboré en 2001, une politique nationale de gestion du VIH/SIDA dans les établissements scolaires. Une grande partie de la politique est centrée sur l'éducation à la santé et à la vie de famille (HFLE) pour la prévention du VIH/SIDA. Le programme du HFLE de la Jamaïque a été révisé en 2005 à l'aide du modèle de la CARICOM. Cependant, plusieurs obstacles à la mise en œuvre du HFLE ont été signalés, y compris le fait que le HFLE n'est pas une matière académique donnant lieu à un examen, donc le nombre d'heures qui lui sont consacrées concurrence les préparatifs des enseignants aux tests à enjeux élevés. Certains enseignants, mal à l'aise à l'idée de traiter les questions liées à la sexualité, négligent donc certains sujets importants ou bien les survolent rapidement. Les enseignants habitués à l'enseignement didactique ont du mal à « animer un sujet comme le HFLE » en fournissant des exemples de la vie réelle et en discutant de manière interactive avec les enfants et les adolescents. Les variables qui entravent la bonne exécution de ce programme demandent un réexamen attentif.

Plaidoyer pour éliminer les barrières qui entravent l'octroi des soins de santé aux adolescents

Les efforts mis en œuvre pour rendre l'information et les services à la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) plus accessibles aux adolescents ont été accélérés. Résulte de cette réunion, le développement d'une note conceptuelle proposant des modifications législatives spécifiques qui permettraient au personnel médical et d'autres services de prendre en charge des adolescents de moins de seize ans (l'âge légal du consentement actuel) sans crainte de poursuites. Le cadre juridique existant

nécessite le consentement des parents pour ces adolescents de moins de seize ans nécessitant une prise en charge, y compris pour le conseil et le dépistage du VIH.

Campagnes médiatiques

Partenariat des médias audiovisuels des Caraïbes

En 2006, le partenariat sur le VIH/SIDA avec les médias de radio et télévision des Caraïbes (CBMP) a été axé sur la diffusion d'informations sur le VIH/SIDA par les télédiffuseurs participants, et l'intégration du VIH aux programmes, bulletins d'information et programmes de divertissement. Il faut espérer que parler ouvertement de l'épidémie à l'antenne conduira à une baisse de la stigmatisation et de la discrimination au sein de la région. La campagne correspondante, *Live Up*, vise à amener les jeunes à parler de ce qu'ils peuvent faire pour freiner l'épidémie. Le succès de cette initiative est confirmé par la participation continue des jeunes au fil des années.

Les campagnes jamaïcaines

La Jamaïque a organisé plusieurs campagnes médiatiques entre 2010-2011, encourageant à la fidélité, à l'utilisation du préservatif et à des comportements spécifiques de genre en Jamaïque. Parmi elles, il y avait « *Reste fidèle à UN seul partenaire* » ; « *Pincer, laisser un espace et dérouler* » ; et « *Un homme ne sort jamais sans préservatif* ». Leurs titres accrocheurs, le caractère informel et le fait de cibler un groupe en particulier sont la preuve de la volonté du pays à éliminer la transmission du VIH.

Les messages médiatiques ont une incidence positive sur le comportement des personnes, allant d'à peu près un tiers de la population en 2008 à environ la moitié en 2012.

Au niveau communautaire

Programme pour les communautés, "Caring, Healthy, Organised, Cohesive, and Empowered (CHOICE) ».

L'éducation sexuelle doit avoir lieu dans un contexte de communautés plus développées. En 2013, l'UNICEF, en partenariat avec la Commission de Développement social de Jamaïque (SDC), une branche du Ministère des collectivités locales et du Développement communautaire, a créé le programme de communautés "*Caring, Healthy, Organised, Cohesive, and Empowered (CHOICE)*". Ce programme exige que les communautés développent des caractéristiques pour en faire des lieux de vie adaptés et se donnent les moyens d'apporter des changements durables.

La SDC produit régulièrement des profils communautaires, mais les questionnaires de profil type de la SDC ont été améliorés pour inclure des données sur les enfants et les jeunes, y compris la toxicomanie, les pratiques sexuelles chez les jeunes, la connaissance du VIH et du SIDA, et les perceptions sur les questions de genre. On notera que, pour la première fois, des données sur les comportements à risques et

sur des pratiques sexuelles protégées ont été répertoriées parmi les adolescents et les jeunes dans cinq communautés à haut risque.

Développement des capacités

Soutien au secteur de la santé en utilisant un modèle de stimulant par les camarades

Programme de mentor « Moms » : Vingt-sept mères adolescentes séropositives ont été formées et délivrent maintenant des prestations d'éducation des services d'orientation par les camarades et environ 500 adolescentes enceintes se rendent à des consultations prénatales dans sept paroisses affichant une prévalence du VIH élevée. Dans ces groupes, 67 mères adolescentes ont été recrutées dans un programme d'émancipation et de compétences personnelles essentielles d'une durée d'un an qui vise à les préparer à former une nouvelle équipe de « mentor moms ». Il est mis en œuvre conjointement par le Ministère de la Santé et l'ONG *Eve for Life*.

Quatre initiatives novatrices couronnées de succès

1. « Talk up Yout »

En 2013 dans une initiative de collaboration, l'UNICEF a fait un partenariat avec le programme de télévision, « Talk up Yout », un programme de télévision unique destiné à donner la parole aux enfants et adolescents à travers les médias traditionnels, pour une tournée des écoles à travers l'île, qui a utilisé une approche participative pour recueillir les points de vue des adolescents sur un éventail de questions qui les touchent. Plus de 3 000 adolescents à travers la Jamaïque ont eu l'opportunité de partager leurs opinions et leurs expériences et de proposer des solutions concernant les difficultés auxquelles ils font face. Beaucoup de problèmes ont mis en évidence un cruel manquement à la qualité et à l'accès aux services destinés aux jeunes, en particulier dans les paroisses rurales.

Les médias sociaux tels que Twitter, Facebook et YouTube ont généré près de 10 000 vues sur les 14 *webisodes* de la tournée mis en ligne entre octobre et décembre. Parmi les principales préoccupations soulevées, on retrouve les défis, les rapports sexuels précoces et les grossesses chez les adolescentes, le sexe transactionnel, les questions relatives à la mauvaise éducation parentale, et l'incertitude concernant leur capacité à réaliser leurs ambitions dans la vie à cause de la pauvreté et de la violence dans leurs communautés. Cet effort est en train de stimuler le débat public national sur plusieurs questions clés d'éducation sexuelle.

2. Bus de la fête



L'agence *Children First*, en collaboration avec le Programme National sur le VIH/SIDA (du ministère jamaïcain de la Santé) et l'UNICEF en Jamaïque ont lancé, en 2006, le projet *Bashy Bus*. Ce projet est une clinique mobile de santé génésique, particulièrement axée sur la prévention du VIH chez les adolescents vulnérables dans les communautés affichant une très forte prévalence du VIH/IST situé dans trois paroisses, Ste Catherine, Ste Ann et St James. Le projet *Bashy Bus* a été conçu comme un espace sûr où les jeunes peuvent s'informer sur les relations sexuelles et la sexualité en général, sur un mode de vie sain, sur la prévention de la violence dans un environnement sain, exempt de violences et où ils ont accès aux services de santé sexuels et reproductifs essentiels à faible coût ou gratuitement. La Clinique Mobile comprend les services suivants :

- Des conseils individuels, en groupe et entre camarades et dépistage du VIH ;
- Les services médicaux, y compris l'accès volontaire aux conseils et dépistage du VIH ;
- Des informations sur la santé génésique et les compétences personnelles essentielles destinées aux adolescents ;
- Des débats sur la réduction des risques ;
- Une éducation à la santé par le biais d'activités telles que la Musique et le Théâtre au sein de la Communauté ;

3. Ashe ludo-éducatif

The *Ashe Performing Arts Company* a développé une méthodologie de communication de changement social et comportemental pour donner aux jeunes jamaïcains la capacité de prendre leurs propres décisions vers un mode de vie sain. Ce projet vise à accroître la sensibilisation et à améliorer les connaissances et les comportements grâce à des associations de productions de jeux, musique, danse et théâtre qui poussent les jeunes à explorer les questions de manière rassurante, divertissante, mais éducative, puis à consolider cette connaissance à travers des discussions ultérieures, ateliers et autres interventions individuelles de soutien et d'activités. *Ashe* présente des solutions, telles que la résolution des conflits et la gestion de la colère pour faire face à la violence basée sur le genre. Le processus

ludo-éducatif est dirigé par les *Ashe Edutainers*, spécialistes d'intervention ludo-éducative, qui sont des pairs conseillers formés.

Ashe incite les étudiants et les parents à développer des solutions positives alternatives à la colère et la violence - en soulignant l'importance, auprès des étudiants et des parents, de faire des choix sûrs, de s'abstenir, d'une parentalité positive, en transmettant des messages clés à travers le chant, la danse, et la comédie.

L'ensemble ludo-éducatif inclut des comédies musicales telles que « *Parenting Vibes in a World of Sexuality* », qui se concentre sur l'utilisation des pratiques parentales positives (la communication, la discipline, les connaissances), ainsi qu'une autre performance, axée sur « *Safe, Stupid or What* », une comédie musicale, un talk-show qui explique comment faire de bons choix en termes de santé génésique. *Ashe* se produit devant un public d'étudiants, de niveau primaire et secondaire.

4. EduSport : Donne aux enfants la capacité de faire de meilleurs choix de vie. Sport pour le développement (S4D) est un domaine d'action prioritaire. EduSport est un projet de la BREDS, *Fondation Treasure Beach*, et est une nouvelle initiative de l'école primaire dans plusieurs écoles rurales qui persuade les enfants de « jouer pour la réussite » des enfants. Le programme est principalement conçu pour développer des qualités de leadership, renforcer la confiance en soi et l'esprit d'équipe chez les jeunes à risque dans le cadre d'interventions pour leur développement.

Résumé et réflexions

On ne peut pas « continuer comme si de rien n'était » dans nos efforts visant à faciliter la croissance et le développement des enfants et des jeunes des Caraïbes. Il nous faut nous concentrer sur les points forts de nos élèves en utilisant leurs intelligences multiples – en musique, art, sport, TIC, etc., et tirer des enseignements de la recherche sur la façon dont les enfants et les jeunes apprennent mieux. Les enfants et les jeunes s'impliquent — et apprennent de manière plus approfondie — quand ils « sont intéressés par le sujet », lorsqu'ils établissent des liens personnels avec le cadre d'apprentissage, les membres de leur communauté, leur vision et leurs objectifs. Ils apprennent mieux lorsqu'ils modélisent les principes de l'apprentissage authentique actif. Nous devons nous tourner vers les modèles de réussite présentés par *Ashe*, *Talk up Yout*, *Mentor Moms* et *EduSport* qui semblent incarner les principes de l'apprentissage dynamique. Ces modèles d'apprentissage non-scolaires semblent mettre en évidence le succès des principes de l'apprentissage. On ne peut pas réduire à une « seule et même catégorie » l'éducation sexuelle que l'on inculque à nos enfants et à nos jeunes (même si cette approche semble convenir aux Jamaïcains, celle-ci ne peut s'appliquer à l'éducation). Pour que ces programmes soient un succès, il est important de comprendre la pertinence du contenu, le contexte, ainsi que la motivation de nos jeunes. Si nous voulons donner une chance à chacun d'apprendre quotidiennement, nous devons adopter une approche plus

globale et approfondie auprès des enfants et des jeunes et avoir une meilleure compréhension de la mise en place des modèles d'apprentissage.

Références

- ! [Aggleton, P., & Clarke, D. J. \(2012\) Paper commissioned for the EFA Global Monitoring Report 2012, "Yout and skills: Putting education to work".](#)
- ! [Black, J., Henry, M., & Lewis, B. \(2006\). *Evaluation of the Pilot Health and Family Life Education Curriculum Schools*. Commissioned by the Ministry of Education, supported by UNICEF.](#)
- ! [Blank, L. & Minowa, M. \(2001\) *Yout at Risk in Jamaica: Policy Note \(Draft\)* Produced for the Government of Jamaica and the World Bank.](#)
- ! [Brathwaite, B. \(2009\) *An Exploration of Yout Risks in the Caribbean Through the Voices of Yout*, Faculty of Medical Sciences, University of the West Indies.](#)
- ! [BREDS, Treasure Beach Foundation: retrieved from the www January 8, 2015.<http://www.breds.org/index.php>](#)
- ! [Bruns, B., & Luque, J. \(2014\). *Great Teachers: How to Raise Student Learning in Latin America and the Caribbean*. World Bank.](#)
- ! [Carby, N. \(2008\). *Documentation of HIV programmes for Children in Jamaica*. The Caribbean Child Development Centre, UWI, Mona.](#)
- ! [Caribbean Community \(CARICOM\) \(2010\) *Yout Development Report, Eye on the Future*.](#)
- ! [Caribbean Examinations Council \(2011\). *Statistical Bulletin 2011*.](#)
- ! [Caribbean Yout Development: Issues and Policy Directions, A World Bank Country Study, 2003. The World Bank.](#)
- ! [Cunningham, W., McGinnis, L., Verdu, R.G., Tesliuc, C., & Verner, D. \(2008\) *Yout at Risk in Latin America and the Caribbean: Understanding the Causes, Realizing the Potential*. The World Bank, Washington, D.C.](#)
- ! [Halpern, R., Heckman, P., & Larson, R., \(2012\) "Realizing the Potential of Learning in Middle Adolescence." The study was commissioned by the Sally and Dick.](#)
- ! [Roberts Coyote Foundation, with additional support from the W. T. Grant Foundation.](#)
- ! [Ishida, K., McDonald, O., & Stupp, P : Prevalence and Corrlates of Sexual Risk Behaviours among Jamaican Adolescents. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2011, 37\(1\) : 6-15.](#)
- ! [Johnson, T. \(2012\) *CSEC English and Math Results 2011: Pause on Progress. The Jamaica Gleaner Education 2020*, April 17, 2012.](#)
- ! [Anderson, M Blog retrieved from the Web on January 8, 2015.<http://www.mollanderson.com/?s=jamaica>](#)
- ! [Moncrieffe, J. \(2012\) *Qualitative Survey on the Situation of Yout in Jamaica, "A jus so di ting set"*. Commissioned by NCYD/Ministry of Yout and Culture, IDB/GOJ.](#)
- ! [National Family Planning Board. *Reproductive Health Survey 2008*. 2010.](#)
- ! [Office of the Children's Registry. *Statistical Bulletin, January-December 2012*. Office of the Children's Registry, 2013.](#)
- ! [PIOJ. *Economic and Social Survey 2012*. 2013.](#)
- ! [Planning Institute of Jamaica. *Survey of Living Conditions 2010*. Planning Institute of Jamaica, 2012.](#)

- ! [Report of Findings from HIV/AIDS Knowledge Attitudes and Behavior Survey, Jamaica 2012. HOPE Caribbean Co. Ltd.](#)
- ! [Tindigarukayo, J.T. \(2008\) Measuring the Impact of the Bashy Bus HIV Prevention Mobile Clinic in Jamaica.](#)
- ! [United Nations Country Team \(2011\) United Nations Common Country Assessment: Jamaica.](#)
- ! [UNICEF \(2013\) Annual Report – Jamaica.](#)

Crise de l'éducation ou « Look for the woman! - Cherchez la femme ! »

[Zhilbayev Zhanbol Oktyabrovich, Président de l'Académie nationale de l'éducation nommé en l'honneur de I. Altynsarin \(Astana, Kazakhstan\)](#)

[On a constaté l'importance de la présence d'un rôle féminin dans une vie créative, évidemment nous pouvons supposer, que cela ne s'est pas fait clairement et pas de manière publique, mais ce fait a toujours été admis. Particulièrement marquée dans des situations de crise de développement de la société.](#)

[Aujourd'hui une attention particulière est accordée aux problématiques de genre en général, et à l'éducation des femmes en particulier, il ne s'agit pas d'une coïncidence.](#)

[Selon les données du rapport, les femmes au Kazakhstan contribuent à environ 40% du PIB du pays. Au regard du sous-indice du genre de « l'économie » Le Kazakhstan est à la 20^{ème} place dans la hiérarchie mondiale, au regard du sous-indice de « santé et survie » il est parmi 32 pays, sur le sous-indice de « l'éducation » il fait partie des dix leaders mondiaux, et néanmoins pour le sous-indice de « politique » il tient la 65^{ème} place.](#)

[En général, les problématiques de genre font référence à des domaines d'intérêts très importants pour les personnes: la démographie et la médecine, la psychologie et la pédagogie. Mais la notion appropriée d'un genre doit être construite sur une base biologique naturelle car sans la compréhension des rôles évolutifs d'un genre au niveau biologique, il est impossible de définir correctement les rôles sociaux des hommes et des femmes.](#)

[En outre, partant de cette notion, le système de l'éducation étant une infrastructure sociale de la société, doit définir son idéologie.](#)

[Au cours des dernières années, au sein du système de l'éducation la tendance constante de féminisation est marquée. En particulier, la couverture médiatique au Kazakhstan, les femmes en études supérieures \(collèges, établissements d'enseignement supérieur, programme de formation postuniversitaire\) est plus élevée que celle des hommes. En outre la féminisation de la profession pédagogique est observée. La profession d'enseignant est devenue presque éminemment féminine. Par exemple, au Kazakhstan parmi les enseignants des classes de quatrième 94% sont des femmes. Cette image caractéristique n'est pas seulement celle du Kazakhstan. Par exemple, en Lettonie et en Lituanie dans les classes élémentaires les femmes représentent 100% du personnel enseignant. A travers le](#)

monde cet indicateur est en moyenne de 70%⁵. [8]. Aussi dans les écoles russes ce sont principalement des femmes qui travaillent comme enseignantes (88%), tandis que les enseignants masculins sont presque sept fois moins (12%) [9].

En ce sens, la question qui se pose naturellement est: la féminisation de l'éducation est-elle la raison de la crise humanitaire dans les relations publiques ou est-ce l'attention portée à l'éducation des femmes la raison de la crise humanitaire.

Que ce soit le besoin d'attendre passivement lorsque l'on est dans une situation extrême, la nouvelle information arrivant dans l'hémisphère gauche commence à se rassembler qu'en résulte-il? Et, respectivement, d'imposer des restrictions pour les anciennes informations dans l'hémisphère droit ? Autrement, l'évolution naturelle sera-t-elle altérée ou peut-être brisée?

L'histoire de l'éducation montre que la meilleure décision est liée à l'enseignement séparé des garçons et des filles. Il en était toujours ainsi: dès que la crise vient, l'éducation des femmes devient effective, et de nombreuses sociétés commencent l'enseignement aux filles d'une manière particulière, préparant intuitivement l'hémisphère droit à la perception d'une nouvelle information.

Il est clair, que l'enseignement séparé est le privilège à la portée de peu de gens. Dans le monde moderne les idées de genre, ou plutôt l'éducation sensible au genre sont plus populaires lorsque les programmes d'enseignement comprennent des cours spéciaux, certains sujets sur les problématiques de genre, dans le processus de choix des méthodes et des matériels didactiques les caractéristiques de sexe causé de tous les sujets de l'éducation sont considérés. En réalité, ceci est l'essence humaniste de l'enseignement ciblé individuel. Quoi qu'il en soit, que ce soit l'enseignement séparé des garçons et des filles, ou l'enseignement orienté sur le genre, en général si l'on va chercher la cause de tous les problèmes d'éducation, on se rendra compte qu'elle réside dans la présence des femmes. Et c'est seulement après avoir défini la part de leur participation à ces problèmes, que l'on sera en mesure de prendre la meilleure décision.

Ainsi, le genre agit comme, facteur principal de l'élaboration de relations publiques. En ce sens, une attention accrue à l'expérience historique de l'éducation des femmes dans les différentes communautés culturelles permettra de trouver un moyen de sortir de situations de crise du monde moderne mondialisé.

L'éducation à la santé dans les écoles indiennes et son effet sur les pratiques traditionnelles

⁵ Source: <http://articles.gazeta.kz/art.asp?aid=124640>



Maya Sitaram chercheuse et Consultante internationale dans le domaine du genre, de l'éducation et du développement inclusif, Inde.

Introduction

Des études ont montré que c'est en Asie du Sud que l'écart est le plus grand au monde entre l'éducation des filles et celle des garçons, les deux tiers des enfants non scolarisés étant des filles. En Inde, le 93^{ème} Amendement à la Constitution, adopté en 2001, fait de l'éducation scolaire un droit fondamental de l'enfant – tous les enfants âgés de 6 à 14 ans doivent aller à l'école. Des études ont montré que les taux de scolarisation se sont améliorés, à la fois pour les garçons et les filles, mais des disparités entre les sexes persistent et le taux d'abandon est plus élevé chez les filles que chez garçons.

Le taux d'abandon parmi les filles est plus élevé lorsqu'elles arrivent à l'adolescence : la réticence des parents à poursuivre l'éducation des filles, les mariages précoces, les situations de pauvreté et le respect de coutumes et rituels traditionnels, les facteurs de castes affectent leur maintien à l'école. Les ménages pauvres préfèrent dépenser de l'argent pour instruire les garçons plutôt que les filles, car il est moins avantageux pour les familles pauvres d'éduquer les filles, étant donné qu'elles se marieront et quitteront le foyer de leurs parents. Des recherches ont montré que les adolescentes qui vont à l'école sont conscientes du fait que leurs parents se soucient plus de leurs frères, les considèrent comme un fardeau et n'accordent pas d'importance à leur scolarité, vu qu'elles seront bientôt mariées. Les normes patriarcales en vigueur dans la société, la pauvreté et le système des castes, les obstacles structurels à l'éducation désavantagent les femmes ou les filles dans la société.

Des études ont également démontré qu'instruire les filles – investir dans l'éducation des fillettes – aboutirait à la diminution de la pauvreté et de la faim. Cela réduit la mortalité infantile, retarde l'âge du mariage, diminue les risques d'infection par le VIH, améliore la santé des mères, car elles sont mieux en mesure de comprendre leurs droits ; dans le long terme, cela permettrait l'autonomisation des femmes et contribuerait à l'égalité des sexes. L'éducation des filles impliquerait aussi qu'il devrait y avoir assez d'écoles et de structures scolaires avec un environnement favorable aux petites filles – à la fois en termes d'installations matérielles et de protection contre le harcèlement et les comportements discriminatoires de la part des enseignants et des autres. Le rôle des étudiants et la socialisation selon le genre, concernant à la fois les garçons et les filles, sont définis au niveau de la famille et à l'école.

Compte tenu de l'importance accordée à l'éducation des filles et de son effet positif prouvé sur divers indicateurs liés au genre, il faut examiner diverses stratégies qui sont nécessaires pour aider à maintenir les filles à l'école. Introduire la santé, l'éducation et les différents aspects de l'apprentissage de la vie dans les écoles

permettra-t-il aux filles de poursuivre leur scolarité ? Quelles sont les parties prenantes – autres que les filles – auxquelles on doit faire appel et sur quels aspects, afin de satisfaire les besoins des filles en matière d'éducation et santé ? Comment peut-on surmonter les barrières traditionnelles – socioculturelles et liées au genre – qui entravent la participation des filles à la scolarité ? On peut essayer de répondre à certaines de ces questions en étudiant une intervention pilote qui est actuellement en cours dans le Bagalkot, l'un des districts du Karnataka, un état du sud de l'Inde.

Le Cadre :

Le district de Bagalkot est situé dans la partie nord du Karnataka. Il s'étend sur une zone de 6593 kilomètres carrés, avec six *taluks* ; il se compose de 625 villages et de 12 villes. Sa population est de 1 890 826 personnes selon le recensement de 2011 (952 902 hommes et 93 7924 femmes), le taux d'alphabétisation des femmes est beaucoup plus faible que celui des hommes (44 % contre 71 %). Ce district se caractérise par des taux élevés de pauvreté, de chômage, d'analphabétisme et des indicateurs de genre inéquitables. La tradition du mariage précoce, la préférence pour les garçons par rapport aux filles, ont perpétué la discrimination entre les sexes et ont abouti à décourager les parents d'inscrire les filles à l'école et à pousser de nombreuses filles à quitter l'école. La proportion des fillettes n'est pas ce qu'elle devrait être ; il y a beaucoup de filles ou femmes qui « manquent » dans ce district.

Ce district est atteint par le VIH en raison de la prédominance de la tradition *Devadasi* qui existe depuis des siècles. Cette tradition implique un rite religieux dans lequel des adolescentes sont dédiées, par leur mariage, à des dieux ou des déesses, après quoi elles deviennent soit les épouses soit les servantes des différents dieux et déesses, et accomplissent diverses tâches dans les temples, y compris accorder des services sexuels aux donateurs des temples. En raison de cet aspect sacré et de l'idée que les femmes *Devadasi* incarnent une forme de divinité, cette pratique a été dénommée « prostitution sacrée ». La *Devadasi* est pratiquée par les groupes de caste – (SC) et de tribus (ST) répertoriées et qui ont été défavorisés de tout temps.

Le Recensement des enfants effectué en 2005 montre que le pourcentage le plus élevé d'enfants non scolarisés dans le groupe des 7-14 ans se trouve dans les ST et SC, où ils représentent 43.26 % des élèves de cet état.

Le système *Devadasi* a gravement mis en danger la qualité de vie des adolescentes du fait qu'elles débutent leur vie sexuelle très tôt et se voient refuser le droit de prendre des décisions qui influent sur leur vie, comme la scolarité, le mariage, la sexualité sans risque, le début de la procréation et l'espacement des naissances. Les répercussions sont également que le taux d'abandon de la scolarité est élevé parmi les filles, qu'elles sont vulnérables et soumises à des risques de santé, que leurs possibilités de subvenir à leurs besoins sont réduites, et que la pauvreté se perpétue. Des rapports sexuels précoces empêchent aussi les filles d'avoir le contrôle du choix de leurs partenaires ou du changement de partenaire. Pour beaucoup de filles, le passage précoce au mariage ou au travail sexuel les oblige à abandonner l'école, augmente leur vulnérabilité à l'infection par le VIH, limite leurs options, et dégrade leur qualité de vie.

Initiative pour la Santé et l'Éducation :

En 2013, la Karnataka Health Trust (KHPT) a entrepris la mise en œuvre d'une intervention pilote pour empêcher les filles d'être obligées de devenir des travailleuses du sexe, pour garantir leur accès à l'information et pour leur apporter le soutien nécessaire afin qu'elles ne soient pas infectées par le VIH. L'objectif global de l'intervention est d'améliorer la qualité de vie des adolescentes issues des communautés vulnérables et marginalisées dans des villages sélectionnés et de réduire leur vulnérabilité au VIH en retardant leur mariage, les premiers rapports sexuels et l'entrée dans le travail du sexe. L'intervention porte sur la sensibilisation à la santé et aux questions d'éducation des adolescentes et tente également de rassembler des preuves montrant que la possibilité de suivre un enseignement secondaire et de le poursuivre aurait pour résultat le report de l'âge du mariage pour les filles.

La stratégie de mise en œuvre de la KHPT est basée sur un concept appelé *Théorie du changement* qui repose sur l'hypothèse que si les adolescentes terminent leurs études, la probabilité de mariage, de travail du sexe, de relations sexuelles serait reportée, et qu'ainsi leur qualité de vie s'améliorerait et leur vulnérabilité au VIH diminuerait. Les programmes liés à la *Théorie du changement* sont une réponse aux problèmes de beaucoup d'adolescentes dans le nord du Karnataka qui ont une qualité de vie réduite parce qu'elles sont contraintes par des facteurs structurels de quitter l'école pour se marier ou pour travailler, ou pour devenir des travailleuses du sexe *Devadasi*.

La KHPT s'est attaquée aux multiples sources de la vulnérabilité des filles en sensibilisant les adolescentes scolarisées sur la santé et les questions sexuelles. Cette intervention devrait retenir les filles dans les écoles, améliorer leurs résultats scolaires, affermir leur confiance en elles, accroître leur estime de soi, les motiver pour développer leurs compétences de leadership et leur permettre de participer à la prise de décisions ; elle les aide à comprendre leurs droits dans le domaine de la santé et de la procréation – bref, elle concerne tous les aspects de l'apprentissage de la vie. Des programmes d'enseignement en groupe sont élaborés pour les filles dans la tranche d'âge des 9-18 ans.

La KHPT a élaboré des stratégies de mise en œuvre en incluant les multiples parties prenantes – les filles, leurs familles, les enseignants et les directeurs d'école, les comités scolaires, les groupes communautaires, les fonctionnaires du ministère, les instances locales et les garçons – et en utilisant différentes méthodes et approches. Comme les filles rencontrent divers obstacles, l'intervention de multiples parties prenantes est considérée comme permettant la réduction des disparités entre les sexes dans l'éducation, la prévention des mariages d'enfants et l'augmentation des taux de scolarisation secondaire et de poursuite des études pour les filles.

Cette intervention concernant les filles comprend des cours particuliers, des cours de soutien spéciaux pour les étudiantes qui ont du mal à suivre, des séances de réflexion pour partager les expériences et renforcer la confiance en soi, des séances d'orientation professionnelle, une formation sur le leadership et le genre. Les garçons sont contactés pour qu'ils apportent des changements dans leur attitude envers la question du genre, leurs perceptions sur la violence et les abus sexuels. L'intervention auprès des familles vise à développer leur appréciation de la valeur de l'éducation des filles ; à les rendre moins dépendantes économiquement du travail

des filles au sein et à l'extérieur de la maison et à changer leur attitude sur les pratiques de genre établies. Les interventions auprès des familles comprennent du porte-à-porte, et une aide pour qu'elles aient accès aux programmes gouvernementaux. Les programmes d'orientation et de formation pour les enseignants, les chefs d'établissement et les agents du Ministère de l'Éducation s'efforcent de rendre l'éducation des filles plus pertinente, plus enrichissante, plus sécurisante et mieux adaptée aux besoins des filles. La communauté et les instances locales sont atteintes en organisant des *jathas* (foires traditionnelles), des communications aux médias locaux, ou en utilisant le théâtre de rue.

Cette initiative propose de reculer l'âge du mariage pour les filles, de s'assurer que les filles de la communauté plus faibles ou celles qui appartiennent à la tradition *Devadasi*, achèvent leur scolarité et améliorent le niveau de leur confiance en elles, et de créer des espaces et des réseaux sociaux sûrs pour les filles. À long terme, cela pourrait abattre les barrières entre les sexes, changer les mentalités des parents, des familles, de la communauté sur la valeur de l'éducation des fillettes, et garantir que les filles ne risquent plus de contracter le VIH. La KHPT propose d'évaluer les résultats de cette intervention – avec le soutien d'autres organisations – pour voir s'il y a une diminution des taux d'abandon scolaire parmi les filles, une réduction de la disparition des filles des communautés qui deviennent des travailleuses du sexe.

Questions sur ces recherches :

Est-ce que l'éducation sexuelle est directement traitée par la KHPT – étant donné l'orthodoxie et le fait que ce soit un sujet sensible – lors des discussions à l'école, avec les familles et au niveau communautaire ? En d'autres termes, quelle est l'approche utilisée par la KHPT pour discuter des intérêts des adolescents et de l'éducation sexuelle dans cette intervention ?

Quels sont les défis et les facteurs positifs rencontrés par une intervention comme celle entreprise par la KHPT lors de sa mise en œuvre, compte tenu du contexte socioculturel et institutionnel local ? Comment les traditions, les valeurs et les normes de genre locales, établies par la société patriarcale, ont-elles été surmontées, de telle sorte que cette intervention soit efficace ?

Est-ce que l'approche envers des parties prenantes multiples, notamment concernant les parents, parvient à retenir les filles à l'école et à les maintenir en bonne santé ? Des interventions de ce genre fourniront-elles un modèle pour améliorer l'éducation des filles à l'avenir ? À long terme, une telle intervention pour apporter des connaissances sur la santé permettra-t-elle que les filles restent davantage à l'école ?

Étant donné la nature hiérarchique et les normes prescrites suivies par le système de l'enseignement scolaire, quelles ont été les mesures prises par le gouvernement ou par le Ministère de l'Éducation pour aborder l'éducation sur la santé dans les écoles jusqu'à présent ? Les écoles offrent-elles aux adolescentes des possibilités de discuter de leurs problèmes ? Que fait l'enseignement scolaire pour développer le leadership et d'autres compétences sur la vie quotidienne ? Y a-t-il des leçons en ce

sens qui peuvent être tirées de l'intervention de la KHPT ? Quels sont les facteurs qui doivent être considérés pour recommander, intensifier et reproduire ce modèle ?

La législation, les programmes et projets attestent de l'engagement de l'Inde à la réalisation de l'éducation universelle, et ont permis de réduire l'écart de scolarisation, mais le problème de la rétention des élèves dans le cycle supérieur des écoles secondaires subsiste. Comment peut-on résoudre ce problème de manière efficace ? Y a-t-il des leçons que l'on peut tirer dans d'autres pays ?

La Karnataka Health Promotion Trust (KHPT) a été créée en 2003 par la Société pour la Prévention du SIDA du Karnataka et l'Université du Manitoba, Canada, pour soutenir et mettre en œuvre des initiatives liées au VIH/SIDA et à la santé de la procréation. La KHPT travaille dans le district de Bagalkot depuis 2001.

Références

Kabeer, N. (2003) *Gender Inequality in educational outcomes: a household perspective*, background paper for the UNESCO Global Monitoring Report 2003/4. Paris : UNESCO

Fiona Leach and Shashikala Sitaram (2007): *The sexual harassment and abuse of adolescent school girls in South India* published in *Education, Citizenship and Social Justice*, 2(3) 257-277

SABALA - Project Implementation Design by T. Raghavendra and Brooks Anderson, Karnataka Health Promotion Trust, October 2013.

Synthèse

Marlena Bouche CMA, déléguée CMA auprès de l'UNESCO

Le passage de la médecine curative seule à une médecine tournée vers la prévention des maladies et la promotion de la santé est devenu incontournable pour faire face aux défis sanitaires planétaires du XXI^e siècle. Ces défis sont devenus un enjeu éducatif fondamental pour les apprentissages tout au long de la vie. Santé et éducation sont inséparables. On ne peut pas investir dans la santé sans investir dans l'éducation à tous les niveaux de responsabilités nationales et internationales, publics et privés, en alliant des politiques économiques, sociales et culturelles, du droit, de la sécurité, du développement ou de l'environnement. L'amélioration de la santé globale des populations constitue un défi majeur des apprentissages tout au long de la vie.

Mais la santé n'est pas seulement une affaire publique, elle est, et peut-être avant tout, une affaire personnelle. Comment vivre, plus longtemps, et en bonne santé, se demandent des milliards d'individus à un moment ou un autre de leur vie, indépendamment de l'endroit de leur existence ? Aujourd'hui, la conscience collective a progressé : soigner son alimentation, son hygiène et son mode de vie n'est plus considéré comme dépassé. Il est maintenant démontré que le mode de vie et l'environnement peuvent diminuer ou augmenter les probabilités de développer certaines maladies, et l'on reconnaît qu'au moins 70 % des décès prématurés d'adultes reflètent des comportements initiés ou renforcés au cours de l'adolescence.

C'est indéniablement l'adolescence qui est une période centrale et qui joue sur la santé physique, mentale, reproductive et sexuelle ultérieure. Cependant l'engouement pour le savoir doit être posé dès la petite enfance, facilitant les transitions entre les moments clés d'une vie et favorisant des apprentissages qui se prolongeront tout au long de la vie.

La santé passe par l'éducation ! Irina Bokova, la Directrice Générale de l'UNESCO, signe en 2014 l'« Appel de Paris » pour défendre la santé des femmes et des enfants dans le monde. « On ne peut pas investir dans la santé sans investir dans l'éducation, et en premier lieu celle des filles » a affirmé la Directrice générale. Près de 1 million de vies pourraient être sauvées chaque année si toutes les filles achevaient le cycle primaire, et plus de 3 millions si elles bénéficiaient d'un enseignement secondaire. On estime que si toutes les femmes achevaient l'école primaire, la mortalité maternelle chuterait de 66 %. « Garder les filles à l'école, c'est éviter les mariages précoces, c'est sauver des vies, c'est le meilleur moyen d'améliorer la santé. »

L'OMS estime qu'un individu sur cinq est adolescent dans le monde et que 85 % des adolescents vivent dans les pays en développement. Peu de jeunes sont suffisamment préparés pour gérer leur capital santé, et plus particulièrement leur vie sexuelle.

Ainsi l'Atelier Santé-Éducation du IV^{ème} Forum mondial du CMA s'est centré sur trois sujets particuliers de la plus grande actualité, liés étroitement entre eux : le mieux-être et les modes de vie sains, l'éducation liée à la sexualité et les droits humains, dont l'éducation des filles et la question de l'égalité des genres.

Rappelons que la santé sexuelle et reproductive des adolescents reste un problème clé de Santé Publique sur le plan mondial. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont constitué un engagement pour soutenir les principes de la dignité humaine, de l'égalité et de l'équité et libérer le monde de l'extrême pauvreté, mais ils ne sont pas atteints. Les violences faites aux femmes et aux enfants, les taux d'IVG non médicalisés, le nombre de grossesses non désirées chez les mineures, l'augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST), du VIH et la présence de mutilations génitales sont autant de témoins de la nécessité d'une information et d'une éducation à la santé, à la santé reproductive et sexuelle dans le respect des Droits Humains.

Aujourd'hui les raisons des échecs des programmes de la promotion de la santé et de la santé sexuelle sont multiples, et parmi eux on a évoqué notamment :

- L'inadaptation du message aux besoins précis manifestés à un stade donné du développement personnel ;
- La non résolution du problème vital de l'adolescent, immédiat ou à plus long terme, comme : quel est le sens de la vie ? À quel moment faut-il commencer la relation sexuelle ?... ;

- L'insuffisance de l'infrastructure permettant de mettre en œuvre la consigne pédagogique, comme l'absence de robinet pour se laver les mains ;
- Un contexte ne permettant pas la sincérité de la réaction de l'adolescent (discussion sur la santé sexuelle en classe) ;
- L'image déficiente du canal de communication : l'élève n'a pas de confiance en celui qui propose une idée (problème de la préparation des formateurs, comme : l'enseignant d'histoire parlant du danger des drogues, l'enseignant de mathématiques parlant des STI...).

Les témoignages sur les interventions de terrain apportés de cultures aussi différentes que celles de la Jamaïque, du Kazakhstan ou de l'Inde, ont offert une belle palette de situations vécues et de solutions appliquées. Ensuite, les exposés sur les principes des politiques, des stratégies et des programmes inter-agences et multisectorielles, présentés par la spécialiste de l'UNESCO et la Chaire UNESCO Santé Sexuelle et Droits Humains, ont éclairé les participants sur les priorités éducatives et sanitaires envisagées mondialement après 2015.

La Chaire UNESCO Santé Sexuelle et Droits Humains, en partenariat avec l'UNESCO et l'OMS, a l'ambition d'innover en créant des *Small Private Online Courses* (SPOCs) en direction des professionnels socio-sanitaires et éducatifs.

Pour grandir et gérer au mieux son potentiel, l'être humain doit pouvoir répondre en tant qu'enfant et adulte à des besoins organiques, psychoaffectifs, sensoriels, socio-culturels et éducatifs. Ces besoins forment un tout et se retrouvent à tous les stades de la vie. Si l'un de ces éléments manque ou si l'équilibre entre eux est perturbé, alors apparaît un danger pour le bien être. Si ces besoins sont respectés, l'enfant et l'adulte atteindront la plénitude des potentialités dont ils sont génétiquement porteurs. Ce qui représentera la SANTÉ en tant qu'« un état complet de bien-être physique mental et social ». Une éducation à la santé doit être de qualité, inclusive, équitable en référence aux Droits Humains, avec des possibilités d'apprentissage continu, pour tous, afin d'assurer aux usagers des services de santé, notamment pour les femmes et les jeunes, une information permettant de promouvoir le bien-être pour tous, à tous les âges

Deux témoignages ont suscité un grand intérêt du public sur l'importance du sport tout au long de la vie et sur les nouvelles philosophies des compétitions sportives :

-LES JEUX MONDIAUX DE LA PAIX, par Yves ANGELLOZ, Kinésithérapeute, Président Fondateur du Centre International des Jeux Mondiaux pour la Paix

-TEAM LEADER : SEXUALITY EDUCATION, SRH AND GENDER EQUALITY, SECTION FOR HEALTH AND GLOBAL CITIZENSHIP EDUCATION, EDUCATION SECTOR, par Johanna HERAT.

En conclusion

"Créer la possibilité pour chacun d'apprendre tout au long de sa vie" reste encore à faire sur nombre de points.

- ! Il n'existe pas de stratégies d'ensemble permettant de répondre aux besoins et aux aspirations des jeunes et des adultes apprenants dans le domaine de la santé pour faire en sorte que la santé soit la principale considération dans toutes les initiatives, quel que soit le secteur.
- ! L'éducation à la sexualité ne peut pas être « imposée » à nos enfants et à nos jeunes par des adultes exclusivement de leur point de vue. Il est indispensable d'associer aux programmes les jeunes, de travailler plus étroitement avec eux afin qu'ils guident les adultes pour développer les programmes qu'ils souhaitent eux mêmes.
L'approche pertinente est celle qui respecte la dynamique de la croissance et du développement de l'enfant, donc adapté à l'âge et au sexe (une différence en termes de puberté et sur le plan cognitif), sur la base de connaissances scientifiques, en tenant compte de la dimension du genre, du VIH et de l'homophobie. Il faut former les éducateurs pour qu'ils soient à l'aise et en mesure de parler de sexualité (mandat de l'Unesco).
- ! Un engagement intégral de la part de tous les acteurs concernés est nécessaire (création d'un partenariat large incluant dès son élaboration les représentants des professionnels, des organisations gouvernementales et non gouvernementales, les référents institutionnels des pays contractant autour de ces projets).
- ! Les parents doivent être accompagnés.
- ! Les activités physiques sont à développer jusqu'au crépuscule de la vie car c'est un excellent moyen de diminuer les risques de morbidité. La compétition stimulant le développement personnel est un moteur (sports à tous les âges).
- ! L'utilisation des nouvelles technologies et les approches modernes et innovantes sont indispensables.

L'éducation à la santé, dont l'éducation à la santé sexuelle, est un processus permanent tout au long de la vie. Elle est importante à différents âges, elle est essentielle durant l'enfance et l'adolescence et doit être prise en compte au sein des différents milieux ou groupes sociaux. Elle doit partir d'une attitude fondamentalement pluridisciplinaire, positive et globale.