

sieccan

Sex Information & Education Council of Canada
Conseil d'information & d'éducation sexuelles du Canada

LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES POUR L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE



VOTRE OPINION NOUS INTÉRESSE

VISITEZ

WWW.EVALUATIONLIGNESDIRECTRICES.CA

**POUR NOUS FAIRE PART DE
VOS COMMENTAIRES SUR LES
*LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES POUR
L'ÉDUCATION EN MATIÈRE
DE SANTÉ SEXUELLE***

**TRANSMETTEZ-NOUS VOS
COMMENTAIRES ET COUREZ
LA CHANCE DE GAGNER UNE
CARTE-CADEAU VISA!**

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	2 - 3
Introduction : Bref historique des Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle	4 - 11
L'importance d'une éducation complète à la santé sexuelle	12 - 23
Principes fondamentaux d'une éducation complète à la santé sexuelle	24 - 31
Les déterminants de la santé et du bien-être sexuels : implications pour l'éducation complète à la santé sexuelle	32 - 36
Buts et éléments clés d'une éducation complète à la santé sexuelle	37 - 65
La planification, la prestation, et l'évaluation d'une éducation complète à la santé sexuelle	66 - 81
Personnes enseignantes et lieux de prestation d'une éducation complète à la santé sexuelle	82 - 96
Points de repère relatifs à la prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS) et à la liaison à des services de dépistage d'ITS dans les écoles	97 - 109

REMERCIEMENTS

FINANCEMENT



Agence de la santé
publique du Canada Public Health
Agency of Canada

Le financement de cette édition des *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* a été octroyé au Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (SIECCAN/CIÉSCAN) par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) dans le cadre d'une entente de contribution en vertu du Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C. Le CIÉSCAN reçoit des fonds de l'ASPC pour réaliser une série d'activités de projet afin d'accroître la capacité du secteur de l'éducation de fournir une éducation efficace en matière de santé sexuelle, notamment la révision/mise à jour et la dissémination des *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*.

CONSULTATION

En vue du développement de la présente édition des *Lignes directrices*, le CIÉSCAN a réalisé une consultation communautaire à l'automne 2017. Le CIÉSCAN remercie les plus de 200 individus du domaine de l'éducation, de la promotion et de la recherche en matière de santé sexuelle à travers le Canada qui ont participé à cette consultation.

GROUPE DE TRAVAIL

COPRÉSIDENTE

Alexander McKay, directeur général,
CIÉSCAN, Toronto, Ontario

Jocelyn Wentland, gestionnaire de
projet/associée de recherche, CIÉSCAN,
Kelowna, Colombie-Britannique

COORDONNATION DE LA RECHERCHE

Jessica Wood, spécialiste en recherche,
CIÉSCAN, Guelph, Ontario

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Martin Blais, professeur, Département
de sexologie, Université du Québec à
Montréal, Montréal, Québec

Sandra Byers, professeure, Département
de psychologie, Université du Nouveau-
Brunswick, Fredericton, Nouveau-Brunswick

Frédérique Chabot, directrice de la
promotion de la santé, Action Canada
pour la santé et les droits sexuels,
Ottawa, Ontario

Jeff Dodds (d'office), expert principal
(conception de programme), Section des
programmes communautaires, Agence de la
santé publique du Canada, Ottawa, Ontario

Eve Duchesne, directrice, reconnaissance
professionnelle et formation, Société
des obstétriciens et gynécologues du
Canada, Ottawa, Ontario

Iehente Foote, doula autochtone à
spectre complet, National Indigenous
Youth Council on Sexual Health & HIV/
AIDS, Native Youth Sexual Health
Network, Kanien'kehá:ka de Kahnawake
(Territoire Mohawk)

Jacqueline Gahagan, professeure, Division de la promotion de la santé, Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse

Kristen Gilbert, directrice de l'éducation, Options for Sexual Health, Vancouver, Colombie-Britannique

Matthew Johnson, directeur de l'éducation, HabiloMédias, Ottawa, Ontario

Katherine Kelly, directrice générale, Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Helen Kennedy, directrice générale, Egale Canada Human Rights Trust, Toronto, Ontario

Candice Lys, directrice générale, FOXY - Fostering Open eXpression Among Youth, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest

Terri Miller, gestionnaire, promotion de la santé sexuelle et génésique, Healthy Children and Families, Alberta Health Services, Calgary, Alberta

Katie Robertson, coordonnatrice de la formation continue, Ending Violence Association of Canada, Vancouver, Colombie-Britannique

Elizabeth Saewyc, directrice et professeure, École de soins infirmiers, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique

Lisa Smylie, directrice générale, recherche, résultats et livraison, ministère des Femmes et de l'Égalité des genres (anciennement Condition féminine Canada), Ottawa, Ontario

GROUPE D'EXAMINATEURS ET EXAMINATRICES

Lee Cameron, facilitatrice d'apprentissage, Egale Canada Human Rights Trust, Toronto, Ontario

Liane Comeau, chargée d'enseignement de clinique, École de santé publique, Université de Montréal, Montréal, Québec

JD, Réseau canadien autochtone du sida, Territoire Algonquin non cédé (Ottawa, Ontario)

Monica Durigon, infirmière éducatrice, Services cliniques de prévention, BC Centre for Disease Control, Vancouver, Colombie-Britannique

William Fisher, professeur, Département de psychologie, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université Western, London, Ontario

Rachel Maclean, agente principale de projet, Association canadienne de santé publique, Ottawa, Ontario

BJ Rye, professeure agrégée, Département de psychologie, Département des études sur la sexualité, le mariage et la famille, St. Jerome's University, University of Waterloo, Waterloo, Ontario

Ameeta Singh, professeure clinique, Faculté de médecine et de dentisterie, Université de l'Alberta, Edmonton, Alberta

INTRODUCTION

BREF HISTORIQUE DES *LIGNES DIRECTRICES* CANADIENNES POUR L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE

La première édition des *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* a été publiée en 1994 par Santé Canada et financée par l'Initiative de lutte contre la violence familiale du Gouvernement du Canada. Avant la création de ces *Lignes directrices*, le Comité consultatif interdisciplinaire d'experts sur les maladies transmises sexuellement chez les enfants et les jeunes (CCIE-MTS) de Santé Canada avait recommandé, en 1991, que des programmes pour la santé sexuelle et génésique soient établis et se basent sur des lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle. Une recommandation semblable de développer des lignes directrices nationales a été formulée par le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé génésique des adolescents.

Un thème central qui s'est dégagé des discussions du comité et du groupe de travail était la nécessité d'une éducation à la santé sexuelle complète et accessible afin d'outiller les personnes de tous les âges pour faire face à l'éventail d'enjeux de santé sexuelle aux divers stades de la vie.

Le comité et le groupe de travail ont constaté l'émergence de programmes d'éducation promouvant une « saine sexualité » et la « santé sexuelle », en tant qu'élément important de la promotion de la santé dans les écoles, les bureaux de santé publique, et d'autres milieux de la communauté. Ils ont noté également qu'il n'existait aucun énoncé clair de principes d'éducation à la santé sexuelle pour guider et unifier les personnes travaillant dans ce domaine.¹ [Traduction libre]

Le contenu de la première édition des *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* a été développé par un groupe de travail national composé de 13 personnes d'expertise relative à diverses facettes 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, de même que de deux coprésidents (Michael Barrett, du Conseil d'information & d'éducation sexuelles du Canada [SIECCAN/CIÉSCAN], et William Fisher, de l'Université Western). Le CIÉSCAN a coordonné la recherche et l'administration.

En 2003, Santé Canada a révisé les *Lignes directrices* et en a publié une nouvelle édition. La Division des infections acquises dans la collectivité de Santé Canada et le CIÉSCAN ont coordonné la recherche et l'administration, intégrant également les commentaires des membres d'un groupe d'examineurs externes et des participants à des consultations auprès de personnes d'expertise en éducation et en promotion de la santé sexuelle.

En 2008, les *Lignes directrices* ont été révisées de nouveau et publiées par l'Agence de la santé publique du Canada. Les révisions dans cette édition sont issues de l'examen et des commentaires d'experts et expertes dans les domaines de l'éducation à la santé sexuelle et de la promotion de la santé sexuelle, notamment le Groupe de travail en santé sexuelle du Consortium conjoint pour la santé en milieu scolaire et la Section de la santé sexuelle et des infections transmises sexuellement (ITS) du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'Agence de la santé publique du Canada, de même que le CIÉSCAN.

Les révisions apportées en 2003 et en 2008 aux *Lignes directrices* consistaient principalement en des alignements, y compris la mise à jour de références et de la terminologie, de même qu'en un enrichissement de la section sur la recherche. Dans l'ensemble, les objectifs, la structure et le contenu sont demeurés les mêmes dans ces trois éditions.

LA NOUVELLE ÉDITION (2019) DES LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES POUR L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE

DÉVELOPPEMENT DES LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES POUR L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE DE 2019

En 2017, le CIÉSCAN a reçu un octroi du Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) afin de produire une série de ressources pour rehausser la capacité du secteur de l'éducation de livrer une éducation efficace en matière de santé sexuelle. Ceci incluait la création d'une édition révisée et enrichie des *Lignes directrices pour l'éducation en matière de santé sexuelle* de 2008.

Les *Lignes directrices* de 2019 ont été développées à l'aide d'informations tirées de trois sources : (1) les résultats d'une consultation en ligne; (2) les contributions et rétroactions d'un groupe de travail et d'un groupe d'examineurs et examinatrices; et (3) des recherches scientifiques actualisées et pertinentes en santé sexuelle et en éducation à la santé sexuelle.

Au cours de l'automne 2017, le CIÉSCAN a procédé à une consultation en ligne à la fois quantitative et qualitative. Plus de 200 personnes travaillant dans les domaines de l'éducation, de la promotion et de la recherche en matière de santé sexuelle, aux quatre coins du Canada, ont participé à cette consultation.

La consultation comportait quatre volets :	
1.	Évaluation de chacune des sections des <i>Lignes directrices</i> de 2008.
2.	Suggestions de révisions à la structure et au contenu des <i>Lignes directrices</i> .
3.	Détermination des milieux et des populations à aborder.
4.	Établissement de points de repère selon l'année scolaire et l'âge, pour la prestation d'information et les habiletés en prévention des ITS.

Les personnes qui ont participé à cette consultation ont offert une multitude de suggestions constructives pour rehausser l'efficacité des *Lignes directrices*. Puis un Groupe de travail et un Groupe d'examen, tous deux composés de personnes des quatre coins du pays détenant une expertise spécialisée pertinente à l'éducation en matière de santé sexuelle, ont été établis afin de conseiller le CIÉSCAN dans le développement des *Lignes directrices* révisées. Les membres du Groupe de travail ont pris part à une réunion de deux jours afin de formuler des recommandations pour le contenu révisé. Les membres du Groupe de travail et du Groupe d'examen ont contribué à de multiples rondes de rétroaction touchant les ébauches de chacune des sections des *Lignes directrices* rédigées par le CIÉSCAN.

BUTS DES LIGNES DIRECTRICES DE 2019

Les buts principaux des *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* sont demeurés les mêmes dans les trois éditions précédentes. Ils mettent en relief la raison d'être et l'intention des *Lignes directrices*, et indiquent comment les trois éditions précédentes ont été utilisées par les gouvernements, les administrateurs et administratrices, les planificateurs et planificatrices de programmes ainsi que les enseignants et enseignantes.

Les buts généraux des *Lignes directrices* de 2019 sont semblables à ceux des éditions précédentes :

- | | |
|-----------|---|
| 1. | Guider les enseignant-es et autres intervenant-es dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des activités d'éducation complète en matière de santé sexuelle afin d'améliorer la santé et le bien-être sexuels et de prévenir les résultats qui ont un impact néfaste sur la santé et le bien-être sexuels; |
| 2. | Fournir un cadre de travail pour évaluer les activités et programmes nouveaux et existants d'éducation à la santé sexuelle, les politiques en la matière et les services connexes pour les Canadiens et Canadiennes; |
| 3. | Offrir aux enseignant-es, aux planificateurs/-trices de programmes, de même qu'aux décideurs et décideuses, une compréhension claire des buts et des composantes clés d'une éducation complète en matière de santé sexuelle ainsi que des milieux pour sa prestation. |

Au cours de la conception de cette nouvelle édition des *Lignes directrices*, le CIÉSCAN s'est efforcé notamment d'assurer une certaine continuité et une harmonisation avec les éditions précédentes. Toutes les éditions ont été structurées dans l'intention de fournir des conseils pour la prestation d'une éducation à la santé sexuelle qui demeure pertinente et applicable à long terme. Cependant, la première édition des *Lignes directrices* date de plus de vingt ans et la plus récente révision (2008) avait plus de dix ans.

Par conséquent, il est important que cette nouvelle édition des *Lignes directrices* reflète fidèlement les changements importants intervenus dans la société canadienne et qui sont pertinents à la santé et au bien-être sexuels;

qu'elle reconnaisse la nécessité d'un caractère plus inclusif dans l'éducation à la santé sexuelle et réponde à ce besoin; et qu'elle intègre les priorités en émergence dans le domaine.

Voici quelques-uns de ces changements :

Changements démographiques :

La composition démographique du Canada continue d'évoluer et de changer (p. ex., vieillissement de la population, diversité culturelle et ethnique). Les personnes qui enseignent la santé sexuelle (entre autres) devraient être conscientes des besoins changeants des personnes qui composent la population canadienne, lorsqu'elles conçoivent et appliquent des programmes et des politiques d'éducation en matière de santé sexuelle, et en tenir compte.

Processus de réconciliation :

La réconciliation entre personnes autochtones et non autochtones est un processus continu et à facettes multiples. La sensibilisation et la participation constructive du secteur de l'éducation à la santé sexuelle sont cruciales. Il est important que les intervenant-es en éducation en matière de santé sexuelle aient conscience de l'impact intergénérationnel du colonialisme sur la santé et le bien-être sexuels des personnes autochtones, et intègrent cette sensibilisation dans l'éducation en matière de santé sexuelle.

Technologies :

L'adoption répandue des technologies (p. ex., Internet et téléphones intelligents) ainsi que la popularité des sites de réseautage social (comme Facebook, Instagram et Snapchat) ont transformé les modes d'apprentissage et de communication au sujet de la sexualité. Ces développements ont de profondes implications pour le contenu et la prestation d'une éducation efficace en matière de santé sexuelle.

Personnes LGBTQI2+ et d'autres identités émergentes :

La nécessité d'offrir une éducation pertinente et efficace, sur la santé sexuelle, qui soit adaptée aux besoins d'apprentissage des jeunes lesbiennes et gais ainsi que des jeunes personnes bisexuelles, transgenres, queer, intersexuées, bispirituelles, non binaires et asexuées doit constituer une priorité de l'éducation à la santé sexuelle. Tous les jeunes ont besoin d'être informé-es sur la diversité sexuelle et l'expression de genre, dans le cadre de l'éducation à la santé sexuelle qui leur est donnée.

Consentement relatif à l'activité sexuelle et violence fondée sur le genre :

La compréhension de ce qui constitue un consentement ainsi que l'autonomie et la capacité de donner son consentement, de le refuser ou de le retirer sont une composante essentielle de la santé sexuelle. L'intégration du sujet du consentement, dans l'éducation à la santé sexuelle, nécessite que l'on parle de la violence sexuelle et fondée sur le genre ainsi que de notre responsabilité individuelle et collective de la prévenir.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS D'IMPORTANCE**PRINCIPES FONDAMENTAUX D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE**

Les *Lignes directrices* de 2008 intégraient cinq principes directeurs pour l'éducation en matière de santé sexuelle : (1) une éducation en matière de santé sexuelle accessible à tous les Canadiens et Canadiennes; (2) l'intégralité de l'éducation en matière de santé sexuelle; (3) l'efficacité des approches et des méthodes éducatives; (4) la formation et le soutien administratif; et (5) la planification des programmes, de l'évaluation, de la mise à jour et du développement social.

Les *Lignes directrices* de 2019 sont basées sur neuf principes fondamentaux qui devraient caractériser et éclairer l'éducation complète en matière de santé sexuelle. Ces principes fondamentaux sont expliqués au début du document afin de souligner leur importance en tant que pierres d'assise de l'éducation complète en matière de santé sexuelle au Canada.

PERSONNES ENSEIGNANTES ET LIEUX DE PRESTATION D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE

Bien que les éditions précédentes des *Lignes directrices* étaient destinées à une application dans un large éventail de milieux et de populations, le point de mire principal concernait l'éducation en matière de santé sexuelle à l'école, pour les jeunes. De brèves mentions d'autres milieux se rencontraient ici et là, dans des discussions plus générales sur le domaine.

Dans la présente édition des *Lignes directrices*, nous avons adopté une approche large qui aborde spécifiquement la grande diversité de contextes appropriés pour la prestation d'éducation en matière de santé sexuelle, au Canada. Les *Lignes directrices* de 2019 comportent une nouvelle section identifiant les principales personnes intervenantes et les milieux qui ont des rôles importants à jouer pour assurer l'accès équitable de toutes les personnes à une éducation complète en matière de santé sexuelle, au pays.

POINTS DE REPÈRE RELATIFS À LA PRÉVENTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS) ET À LA LIAISON À DES SERVICES DE DÉPISTAGE D'ITS DANS LES ÉCOLES

Cette nouvelle section des *Lignes directrices* présente des points de repère spécifiques pour l'intégration d'efforts de prévention des ITS dans un programme d'éducation complète en matière de santé sexuelle, de la maternelle à la 12^e année.

STRUCTURE DE L'ÉDITION 2019 DES LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES POUR L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE

Les *Lignes directrices* de 2019 comportent sept sections. La première signale l'importance de l'éducation complète en matière de santé sexuelle pour la population canadienne. Elle est suivie d'une section établissant les sept principes fondamentaux qui devraient éclairer les programmes d'éducation et curriculums en matière de santé sexuelle. La section 3 aborde les multiples facteurs qui peuvent influencer la santé et le bien-être sexuels et qui devraient être pris en compte dans l'éducation en matière de santé sexuelle. Les sections 4 et 5 décrivent les buts et éléments clés d'une éducation complète en matière de santé sexuelle, et expliquent comment utiliser des modèles théoriques dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation et curriculums en matière de santé sexuelle. La

sixième section traite de milieux spécifiques et des personnes enseignantes qui ont un rôle central à jouer dans la prestation d'une éducation complète en matière de santé sexuelle. La dernière section établit des points de repère clés pour la prestation d'information sur la prévention des ITS et pour relier les jeunes à des services de dépistage d'ITS, dans le cadre des programmes d'enseignement dans les écoles.

Chacune des sections commence par un bref sommaire, suivi d'énoncés de lignes directrices. Ces énoncés de lignes directrices constituent la base principale du document et devraient être consultés pour la planification, la mise en œuvre et la prestation d'une éducation complète en matière de santé sexuelle. Dans chaque section, des informations détaillées et des éléments pertinents de la recherche enrichissent le contexte, pour des politiques et programmes d'éducation en matière de santé sexuelle qui soient efficaces et inclusifs, au Canada.

Ces énoncés de Lignes directrices ne visent toutefois pas à présenter des stratégies pédagogiques spécifiques ou à constituer un programme d'enseignement pour l'éducation complète en matière de santé sexuelle.

Les Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle présentent un cadre de travail pour développer et évaluer une éducation complète et fondée sur les données probantes en matière d'éducation sexuelle, au Canada.

RÉFÉRENCE

- 1 Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle. Ottawa, ON. Direction générale des programmes et des services de santé, Santé Canada : 1994; p. 4

L'IMPORTANCE D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE

La santé sexuelle est un élément clé de la santé générale, du bien-être et de la qualité de vie. Elle est un important facteur déterminant du bien-être des individus, des partenaires, des familles et des communautés. De plus, la santé sexuelle des personnes, au Canada, a d'importantes répercussions sociales et économiques pour le pays. Par conséquent, le développement et la mise en œuvre d'une éducation complète à la santé sexuelle, axée sur l'amélioration de la santé sexuelle et du bien-être, de même que sur la prévention des résultats qui affectent la santé sexuelle, devraient constituer une priorité des politiques publiques.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a établi que : « 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 adoptée par l'OMS correspond à une approche biopsychosociale reconnaissant que la santé comporte des aspects biologiques, psychologiques et sociaux et que l'interaction de ces éléments contribue à la santé et au bien-être généraux. Une approche biopsychosociale à la santé diffère des modèles médicaux plus traditionnels qui se concentrent principalement sur le diagnostic et le traitement des problèmes physiologiques. Une approche biopsychosociale est plus holistique (c.-à-d. qu'elle englobe toute la personne) et propose la considération d'une dimension positive de la santé : le bien-être.

De façon similaire pour sa définition de la sexualité et de la santé sexuelle, l'OMS adopte une approche holistique :

La sexualité est un aspect central de l'existence humaine à tous les stades de la vie, et englobe le sexe, les identités et rôles de genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité se vit et s'exprime à travers des pensées, des fantasmes, des désirs, des croyances, des attitudes, des valeurs, des comportements, des pratiques, des rôles et des relations. Bien que la sexualité puisse inclure toutes ces dimensions, celles-ci ne sont pas toujours toutes vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels.²

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination ni violence.²

Les définitions de la santé, de la sexualité et de la santé sexuelle, par l'OMS, sont appuyées par des recherches indiquant que la santé et le bien-être sexuels sont d'importants facteurs qui contribuent à la qualité de vie ainsi qu'à la santé et au bien-être dans leur ensemble.^{3,4,5,6,7,8,9} Les individus ont conscience de ces liens : des sondages auprès de jeunes adultes et de personnes d'âge mûr, au Canada, indiquent qu'approximativement 85 % sont d'accord avec l'affirmation « Je considère que ma santé sexuelle contribue à ma santé générale et à mon bien-être. »¹⁰

Vu le rôle clé de la santé et du bien-être sexuels dans la santé et le bien-être généraux, l'éducation à la santé sexuelle a une fonction importante pour la société canadienne. L'éducation complète à la santé sexuelle – visant généralement à outiller les personnes à tous les stades de la vie afin d'améliorer la santé et le bien-être sexuels (p. ex., avoir des relations interpersonnelles respectueuses et satisfaisantes, accroître son acceptation de soi et améliorer sa capacité d'accès à des services de santé sexuelle et génésique) et de prévenir les résultats susceptibles d'avoir des impacts néfastes sur la santé et le bien-être sexuels (p. ex., l'acquisition et la transmission d'ITS, les grossesses non planifiées, les cas de coercition/traumatisme/violence/harcèlement sexuels et les problèmes relationnels) – devrait constituer une priorité pour les politiques publiques.

L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SEXUELS

L'éducation à la santé sexuelle se concentre souvent principalement, voire exclusivement, sur les aspects biologiques (p. ex., la reproduction) et sur la prévention des conséquences négatives (p. ex., les ITS).

Bien que la prévention des résultats négatifs constitue un objectif valable et important, l'amélioration de la santé et du bien-être sexuels est tout aussi importante.

La satisfaction sexuelle dans les partenariats sentimentaux est reliée de manière positive à la santé physique, à la satisfaction générale dans la vie ainsi qu'au bien-être.^{3,11,12,13} Pour les gais, lesbiennes et personnes bissexuelles et transgenres, un sentiment positif relativement à sa propre orientation ou à son identité de genre est également associé à un meilleur état de santé et de bien-être.^{14,15,16} Il est important que l'éducation à la santé sexuelle outille efficacement les gens, par des informations et des compétences propices à l'amélioration de leur santé et bien-être sexuels, en englobant les aspects individuels, interpersonnels et positifs de la sexualité humaine.

Les jeunes, au Canada, considèrent également l'amélioration de la santé et du bien-être sexuels comme étant un élément important pour leur éducation à la santé sexuelle. C'est-à-dire que les jeunes expriment un désir d'apprentissages liés à l'amélioration de la santé sexuelle (p. ex., les relations saines, les compétences communicationnelles, le plaisir), et considèrent qu'il s'agit d'un contenu utile.^{17,18,19,20,21} Cependant, l'enseignement axé sur l'amélioration de la santé et du bien-être sexuels reçoit souvent moins d'importance : les jeunes signalent habituellement que l'éducation à la santé sexuelle qu'on leur donne accorde la plus grande importance aux aspects biologiques de la sexualité (p. ex. la reproduction et la puberté) et à la prévention des ITS et des grossesses non planifiées.^{17,18,19,20,21}

Des données indiquent que l'éducation complète à la santé sexuelle peut être efficace pour améliorer la santé et le bien-être sexuels des élèves. Une éducation à la santé sexuelle abordant les aspects individuels et interpersonnels de la sexualité est associée à des améliorations des compétences communicationnelles des élèves ainsi qu'à leur capacité d'accès à des services de santé sexuelle et génésique.²² En intégrant l'amélioration de la santé et du bien-être sexuels comme un objectif de premier ordre,

l'éducation complète à la santé sexuelle devient plus pertinente aux besoins des personnes, et peut par conséquent faire une importante contribution à l'ensemble de la santé et du bien-être des gens, au Canada.

AMÉLIORER LA SANTÉ GÉNÉSIQUE

Le Gouvernement du Canada est engagé à l'avancement de la santé sexuelle et génésique ainsi que des droits qui s'y rattachent.²³ La santé génésique inclut la capacité des individus de décider d'avoir ou non des enfants, et le cas échéant, de choisir le nombre d'enfants qu'ils auront, à quel moment et à quel intervalle; et la capacité d'élever leurs enfants dans un milieu sûr et habilitant (c.-à-d., sans menace de violence). D'après des recherches publiées en 2015, plus de 180 700 grossesses non planifiées ont lieu chaque année, au Canada.²⁴ Bien que de nombreuses grossesses non planifiées ne soient pas pour autant non désirées, et conduisent à des expériences positives pour les parents ainsi que leurs enfants, le nombre de grossesses non planifiées indique que l'éducation à la santé sexuelle pourrait jouer un rôle important pour habilitier les individus à faire des choix génésiques autonomes et éclairés.

Une éducation complète à la santé sexuelle peut également contribuer à rehausser la sensibilisation aux facteurs sociaux, historiques et systémiques qui influencent la santé génésique. Les choix génésiques et l'accès à des soins et services ainsi qu'à du soutien en matière de santé génésique peuvent être affectés par la marginalisation et l'oppression au motif de la race, du genre, de la classe, de la sexualité ou des capacités.²⁵

La santé sexuelle des femmes autochtones, des femmes de couleur, des personnes vivant avec un handicap et des personnes LGBTQI2+ a été historiquement affectée de manière disproportionnée par des lois et des politiques limitant leurs droits sexuels et génésiques (p. ex., stérilisation forcée, séparation systémique de leurs enfants, manque d'accès aux technologies reproductives).

*LGBTQI2+ :
lesbiennes, gais,
personnes bisexuelles,
transgenres, queer,
intersexuées, bispirituelles,
non binaires et asexuées
(LGBTQI2+), et autres
identités émergentes.*

Une éducation complète à la santé sexuelle peut contribuer à l'amélioration de la santé génésique :

1. En procurant l'information, la motivation et les habiletés pour une utilisation efficace de la contraception.

2.	En outillant les individus pour naviguer et surmonter les obstacles systémiques à l'accès à la contraception et à des soins de santé génésique (incluant les soins et services d'avortement et de sages-femmes).
3.	En reliant les individus à des services et à du soutien en matière de santé génésique.

Des recherches indiquent que des interventions d'éducation peuvent être efficaces pour accroître l'utilisation de moyens contraceptifs chez les jeunes sexuellement actifs et actives.^{26,27}

PRÉVENTION DES RÉSULTATS POUVANT AFFECTER NÉGATIVEMENT LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SEXUELS

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) constituent une préoccupation considérable de santé publique, au Canada.²⁸ Selon l'Agence de la santé publique du Canada, les ITS « représentent un coût important sur le plan physique, émotionnel, social et économique pour les individus, les communautés et la société. »²⁹

Les ITS bactériennes (p. ex., chlamydia, gonorrhée, syphilis) et virales (p. ex., virus du papillome humain [VPH] et de l'herpès simplex [VHS]) sont fréquentes dans la population canadienne^{28,29,30,31} et un nombre disproportionné de cas d'ITS s'observe parmi les jeunes.²⁶ Dans la période 1996-2017, approximativement 2 300 nouveaux cas de VIH ont été documentés chaque année (variant entre 2 051 et 2 712).³² À la fin de 2016, on estimait au Canada que le nombre de personnes vivant avec le VIH était de 63 110 et qu'une personne sur sept ayant le VIH n'avait pas été diagnostiquée et n'était pas au courant de son infection.³³

Les conséquences des ITS sur la santé incluent divers cancers, des maladies chroniques, l'infertilité, la grossesse ectopique ainsi que des complications fœtales et néonatales. De plus, les ITS entraînent un éventail de résultats négatifs d'ordre psychosocial, y compris une stigmatisation liée aux ITS.

Dans le *Cadre d'action pancanadien sur les ITSS - Réduction des*

répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030, on indique que le manque d'éducation complète à la santé sexuelle est un facteur qui contribue à la prévalence élevée des ITS au Canada et l'on signale que l'éducation à la santé sexuelle est un élément crucial pour réduire le nombre de nouveaux cas d'infections.²⁹ Dans son *Rapport d'étape sur les populations distinctes : VIH/sida et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada*, l'Agence de la santé publique du Canada identifie l'éducation à la santé sexuelle comme étant un outil essentiel à la prévention du VIH et d'autres ITS chez les jeunes.³¹

Il est crucial que l'éducation complète à la santé sexuelle inclue les informations et habiletés propices à outiller les personnes afin qu'elles réduisent leur risque d'ITS; et il est crucial également qu'elle relie les personnes aux services de dépistage d'ITS fournis dans les écoles et dans d'autres milieux. Une abondance de données probantes démontre que des programmes de prévention des ITS dans le milieu de l'éducation sont efficaces pour susciter le développement d'habiletés de communication et d'autoefficacité liées à la réduction des risques d'ITS (p. ex., utiliser des méthodes barrières).^{34,35}

VIOLENCE ET DISCRIMINATION SEXUELLES ET FONDÉES SUR LE GENRE

La violence sexuelle et fondée sur le genre est un problème considérable de santé publique et une violation des droits de la personne.³⁶ Des personnes de tous les genres et de toutes les identités rencontrent de la violence. Cependant, certains groupes sont touchés de manière disproportionnée par la violence sexuelle et fondée sur le genre, au Canada. Ces groupes incluent les femmes et les filles, les personnes autochtones, les personnes LGBTQI2+, les personnes qui vivent dans des communautés nordiques, rurales et éloignées, les personnes ayant un handicap, les personnes nouvellement arrivées au Canada, les enfants et les jeunes, de même que les aîné-es.³⁷

En 2014, approximativement 636 000 incidents d'agression sexuelle ont été autodéclarés, parmi les personnes de 15 ans et plus, au Canada.³⁸ De ces incidents, 87 % ont été commis contre des femmes et 47 % contre de jeunes femmes de 15 à 24 ans.³⁸ En 2017, le taux de crimes violents déclarés par la police au Canada était plus élevé chez les victimes qui étaient des filles et de jeunes femmes de 24 ans ou moins.³⁹ Les jeunes femmes et les filles étaient plus susceptibles que les garçons et les hommes de rencontrer de la violence sexuelle; les taux étaient près de 14 fois plus élevés chez les jeunes femmes de 18 à 24 ans que chez les jeunes hommes du même groupe d'âge. Les

gais, lesbiennes et personnes bisexuelles sont deux fois plus susceptibles de rencontrer de la violence que les personnes hétérosexuelles.⁴⁰ Dans une enquête nationale auprès d'élèves du secondaire, au Canada, 21% des répondant-es LGBTQI2+ ont déclaré avoir été agressé-es physiquement ou harcelé-es en raison de leur orientation sexuelle.⁴¹ Les élèves transgenres ont déclaré des taux plus élevés de harcèlement et d'agression physique liés à leur expression de genre, en comparaison avec les autres élèves d'identité sexuelle minoritaire et avec les élèves non LGBTQI2+.⁴¹

Une éducation complète à la santé sexuelle peut contribuer à réduire la violence et la discrimination sexuelles et fondées sur le genre, au Canada :

- | | |
|-----------|--|
| 1. | En favorisant le respect des droits de la personne et l'égalité des genres. |
| 2. | En procurant aux personnes les informations et habiletés pour faire en sorte que tout-e partenaire se sente en sécurité et consente pleinement à toute activité sexuelle avant qu'elle ait lieu. |
| 3. | En rehaussant la sensibilisation des personnes à propos des normes sociétales, des attitudes et des pratiques qui contribuent à la violence fondée sur le genre et sur l'identité sexuelle. |

L'éducation à la santé sexuelle peut être efficace pour répondre aux attitudes discriminatoires à l'égard des personnes LGBTQI2+.⁴² L'éducation à la santé sexuelle ayant trait à la violence sexuelle et fondée sur le genre peut contribuer à rehausser les attitudes respectueuses de l'égalité entre les genres et à prévenir la violence physique, sexuelle et émotionnelle dans les relations.⁴³

L'ACCÈS À UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE POUR TOUTES LES PERSONNES AU CANADA : UNE PRIORITÉ POUR LES POLITIQUES PUBLIQUES

Il est démontré que l'éducation complète à la santé sexuelle peut contribuer à l'amélioration de la santé sexuelle et à réduire l'incidence de résultats susceptibles d'avoir un impact néfaste sur la santé et le bien-être sexuels.^{22,34,35,44}

En tant que tel, l'accès à l'éducation complète à la santé sexuelle devrait constituer un droit fondamental de toutes les personnes, au Canada, et une priorité pour les politiques publiques.

L'accès à l'éducation complète à la santé sexuelle a également des ramifications économiques. Les infections transmissibles sexuellement, les grossesses non planifiées, la violence sexuelle et fondée sur le genre ainsi que la discrimination à l'égard des personnes LGBTQI2+ entraînent des coûts économiques considérables, pour la société canadienne, en raison des dépenses plus élevées en soins de santé et d'autres frais qui en découlent.^{24,45,46,47,48,49,50,51,52} Une éducation complète à la santé sexuelle peut contribuer à alléger ces coûts économiques en répondant aux facteurs qui contribuent à des résultats négatifs affectant la santé et le bien-être sexuels des individus, des familles et des communautés.

Donner accès à une éducation complète à la santé sexuelle à toutes les personnes du Canada est une responsabilité collective qui nécessite la participation des familles, des communautés, des écoles et de tous les paliers de gouvernement (y compris les systèmes médical et juridique). Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* ont pour objectif d'offrir des orientations et du soutien aux individus, organismes et gouvernements, dans la tâche de développer et de fournir une éducation complète et de grande qualité en matière de santé sexuelle.

RÉFÉRENCES

- 1 Organisation mondiale de la Santé (OMS). Préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé adoptée par la Conférence internationale de la Santé. New York, 19-22 juin 1946, signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, no 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.
- 2 OMS. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé : 2002.
- 3 Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, Jeffery DD, et coll. Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016;13;11:1642-50.
- 4 Laumann EO, Paik A, Glasser DB, Kang J-H, Wang T, Levinson B, et coll. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Archives of Sexual Behavior*. 2006;35;2:143-59.
- 5 Laumann EO, Gagnon, J., Michael, R.T., Michaels, S. The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States. University of Chicago, Press. Chicago : 1994.
- 6 DeLamater J. Sexual expression in later life: A review and synthesis. *Journal of Sex Research*. 2012;49;2-3:125-41.
- 7 Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2009;6;10:2690-7.
- 8 Rosen RC, Bachmann GA. Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: The case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2008;34;4:291-7.
- 9 Stephenson KR, Meston CM. The conditional importance of sex: Exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2015;41;1:25-38.
- 10 Trojan/SIECCAN Sexual Health Study (2013, n = 1500), Trojan/SIECCAN Sexual Health at Midlife Study (2016, n=2400). Données disponibles sur demande. Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (SIECCAN/CIÉSCAN). www.sieccan.org
- 11 Gustavson K, Røysamb E, Borren I, Torvik FA, Karevold E. Life satisfaction in close relationships: Findings from a longitudinal study. *Journal of Happiness Studies*. 2016;17;3:1293-311.
- 12 Heiman JR, Long JS, Smith SN, Fisher WA, Sand MS, Rosen RC. Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Archives of Sexual Behavior*. 2011;40;4:741-53.
- 13 Sánchez-Fuentes MdM, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2014;14: 67-75.
- 14 Petrocchi N, Pistella J, Salvati M, Carone N, Laghi F, Baiocco R. I embrace my LGB identity: Self-reassurance, social safeness, and the distinctive relevance of authenticity to well-being in Italian lesbians, gay men, and bisexual people. *Sexuality Research and Social Policy*. 2019: 1-12.

- 15 Riggle EDB, Whitman JS, Olson A, Rostosky SS, Strong S. The positive aspects of being a lesbian or gay man. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2008;39;2: 210-217.
- 16 Johns MM, Beltran O, Armstrong HL, Jayne PE, Barrios LC. Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention*. 2018;39;3: 263-301.
- 17 DiCenso A, Borthwick VW, Creatura C, Holmes JA, Kalagian WF, Partington BM. Completing the picture: Adolescents talk about what's missing in sexual health services. *Revue canadienne de santé publique*. 2001;92;1:35-8.
- 18 Byers ES, Sears HA, Voyer SD, Thurlow JL, Cohen JN, Weaver AD. An adolescent perspective on sexual health education at school and at home: I. High school students. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2003;12;1:1-18.
- 19 Meaney GJ, Rye B, Wood E, Solovieva E. Satisfaction with school-based sexual health education in a sample of university students recently graduated from Ontario high schools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2009;18;3:107-26.
- 20 Causarano N, Pole JD, Flicker S. Exposure to and desire for sexual health education among urban youth: Associations with religion and other factors. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2010;19(4):169-85.
- 21 Byers ES, Hamilton LD, Fisher B. Emerging adults' experiences of middle and high school sexual health education in New Brunswick, Nova Scotia, and Ontario. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2017;26;3:186-95.
- 22 Constantine NA, Jerman P, Berglas NF, Angulo-Olaiz F, Chou CP, Rohrbach LA. Short-term effects of a rights-based sexuality education curriculum for high-school students: A cluster-randomized trial. *BMC Public Health*. 2015;15;1: 293.
- 23 Gouvernement du Canada. Santé et droits sexuels et reproductifs. Canada : 2018. https://international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/global_health-sante_mondiale/srhr_projects-projets_sdsr.aspx?lang=fra. Consulté le 20 mars 2019.
- 24 Black AY GE, Hassan F, Chatziheofilou I, Lowin J, Jeddi M, Filonenko A, Trussell J. The cost of unintended pregnancies in Canada: Estimating direct cost, role of imperfect adherence, and the potential impact of increased use of long-acting reversible contraceptives. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. 2015;37;12:1086-97.
- 25 Luna Z, Luker K. Reproductive justice. *Annual Review of Law and Social Science*. 2013;9:327-52.
- 26 Lopez LM, Bernholc A, Chen M, Tolley EE. School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;6.
- 27 Lopez LM, Grey TW, Chen M, Tolley EE, Stockton LL. Theory-based interventions for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;11.

- 28 ASPC. Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2013-2014. Canada : Agence de la santé publique du Canada; 2017.
- 29 ASPC. Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS. Canada : Agence de la santé publique du Canada; 2018.
- 30 Rotermann M, Langlois KA, Severini A, Totten S. Prevalence of Chlamydia trachomatis and herpes simplex virus type 2: Results from the 2009 to 2011 Canadian health measures survey. Health Reports. 2013;24;4:8.
- 31 ASPC. Rapport d'étape sur les populations distinctes : VIH/sida et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2014.
- 32 Haddad N, Li J, Totten S, McGuire M. Le VIH au Canada – Rapport de surveillance, 2017. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2018;44;12 : 324-32.
- 33 Gouvernement du Canada. Surveillance du VIH et du sida. 2018. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/vih-et-sida/surveillance-vih-et-sida.html>. Consulté le 20 mars 2019.
- 34 Morales A, Espada JP, Orgilés M, Escribano S, Johnson BT, Lightfoot M. Interventions to reduce risk for sexually transmitted infections in adolescents: A meta-analysis of trials, 2008-2016. PloS one. 2018;13;6: e0199421.
- 35 Mon Kyaw Soe N, Bird Y, Schwandt M, Moraros J. STI Health Disparities: A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of preventive interventions in educational settings. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;15;12:2819.
- 36 OMS. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2013. [Sommaire français : Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes – Résumé d'orientation, accessible à <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/fr>]
- 37 Gouvernement du Canada. Il est temps de tirer un constat : Qui la violence fondée sur le sexe touche-t-elle? 2018. Accessible à : <https://cfc-swc.gc.ca/violence/knowledge-connaissance/fs-fi-2-fr.html>. Consulté le 20 mars 2019.
- 38 Conroy S, Cotter A. Les agressions sexuelles autodéclarées au Canada, 2014. Canada : Statistique Canada; 2017.
- 39 Conroy S. La violence contre les filles et les jeunes femmes, affaires déclarées par la police au Canada, 2017 : Statistique Canada; 2018.
- 40 Simpson L. La victimisation avec violence chez les lesbiennes, gais et bisexuels au Canada, 2014. Canada : Statistique Canada; 2018.
- 41 Taylor C, Peter T, with, McMinn TL, Elliott T, Beldom S, Ferry A, et coll. Every class in every school: The first national climate survey on homophobia, biphobia, and

- transphobia in Canadian schools. Final report. Toronto, ON : Egale Canada Human Rights Trust; 2011. [Sommaire français : Chaque classe dans chaque école, accessible à <https://egale.ca/chaque-classe/>]
- 42 Gegenfurtner A, Gebhardt M. Sexuality education including lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) issues in schools. *Educational Research Review*. 2017;22:215-22.
- 43 Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: Emerging evidence of effectiveness. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56;1:S42-S50.
- 44 Pound P, Denford S, Shucksmith J, Tanton C, Johnson AM, Owen J, et coll. What is best practice in sex and relationship education? A synthesis of evidence, including stakeholders' views. *BMJ Popen*. 2017;7;5: e014791.
- 45 Chesson HW, Mayaud P, Aral SO. Sexually Transmitted Infections: Impact and cost-effectiveness of prevention. In: Holmes KK, Bertozzi S, Bloom BR, et coll., éd. *Major Infectious Diseases*. 3^e édition. Washington (DC) : The International Bank for Reconstruction and Development / Banque mondiale; 2017.
- 46 Kingston-Riechers J. Le coût économique du VIH/sida au Canada. *Société canadienne du sida*; 2011.
- 47 Tuite AR, Jayaraman GC, Allen VG, Fisman DN. Estimation of the burden of disease and costs of genital chlamydia trachomatis infection in Canada. *Sexually Transmitted Diseases*. 2012;39;4:260-7.
- 48 Hoddenbagh J, McDonald SE, Zhang T. Estimation de l'incidence économique des crimes violents au Canada, 2009 : Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Justice du Canada; 2014.
- 49 OMS. The economic dimensions of interpersonal violence. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2004.
- 50 Badgett MVL, Park EA, Flores AR. Links between economic development and new measures of LGBT inclusion. Williams Institute, UCLA School of Law; 2018.
- 51 Banks C, Muhajarine N, Waygood K, Ducek L, Hellquist G. The cost of homophobia: Literature review on the economic impact of homophobia on Canada: Community-University Institute for Social Research; 2004.
- 52 Badgett MVL, Nezhad S, Waaldijk C, Meulen RY. The relationship between LGBT inclusion and economic development: An analysis of emerging economies. 2014.

PRINCIPES FONDAMENTAUX D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE

Selon la définition de travail de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. »¹

Bien que la définition de l'OMS englobe « le bien-être ... en relation avec la sexualité, » nous employons dans les présentes lignes directrices les termes « santé et bien-être sexuels » afin de souligner que les buts de l'éducation complète à la santé sexuelle ne se limitent pas à l'atteinte d'un bien-être biologique/physique, mais incluent également le bien-être psychologique, émotionnel, relationnel et social en relation avec la sexualité.

L'éducation complète à la santé sexuelle est un processus qui nécessite la participation de nombreuses sphères de la société, notamment la famille, les secteurs de l'éducation, de la santé publique et des soins de santé primaires, les organismes communautaires, les établissements de soins ainsi que les établissements correctionnels de la société canadienne.

Les buts de l'éducation complète à la santé sexuelle sont d'outiller les gens au moyen de l'information, de la motivation et des habiletés comportementales propices à améliorer la santé et le bien-être sexuels (par exemple, avoir des relations interpersonnelles respectueuses et satisfaisantes, une meilleure acceptation de soi, une capacité accrue d'accès à des services de santé sexuelle et génésique) et à prévenir des résultats susceptibles

d'avoir des effets néfastes sur la santé et le bien-être sexuels (par exemple l'acquisition et la transmission d'infections transmissibles sexuellement [ITS], les grossesses non intentionnelles, la coercition sexuelle, les traumatismes/maltraitements/harcèlements de nature sexuelle et les problèmes relationnels).

Les principes fondamentaux décrits ci-dessous devraient éclairer la planification et la prestation de l'éducation à la santé sexuelle, au Canada, et être respectés.

L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE :

EST ACCESSIBLE À TOUS LES INDIVIDUS ET INCLUSIVE QUANT À L'ÂGE, À LA RACE, AU SEXE, À L'IDENTITÉ DE GENRE, À L'ORIENTATION SEXUELLE, AU STATUT ITSS, À L'EMPLACEMENT GÉOGRAPHIQUE, AU STATUT SOCIOÉCONOMIQUE, AUX ANTÉCÉDENTS CULTURELS ET RELIGIEUX, AUX CAPACITÉS ET À LA SITUATION EN MATIÈRE DE LOGEMENT (P. EX., POUR LES PERSONNES INCARCÉRÉES, SANS ABRI OU EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS).

Toute personne devrait avoir accès à des informations et ressources sur la santé sexuelle qui sont appropriées à son âge, dès la petite enfance et tout au long de la vie. Pour que l'éducation à la santé sexuelle soit d'accessibilité égale pour tous et toutes, les programmes doivent être conçus et enseignés de façons qui répondent respectueusement aux besoins d'apprentissage du public spécifique. Ces besoins d'apprentissage peuvent dépendre d'un ensemble de facteurs, comme l'âge, la race, le sexe (c'est-à-dire les variantes en matière d'anatomie génésique ou sexuelle, y compris intersexuées), l'identité de genre, l'orientation sexuelle, le statut au regard d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), l'emplacement géographique, le statut socioéconomique, les antécédents culturels et religieux, les capacités et la situation de logement (p. ex., incarcération, itinérance, vie en établissement de soins).

Afin de développer et de mettre en œuvre des programmes d'éducation à la santé sexuelle qui soient pleinement accessibles et pertinents aux publics cibles, ceux-ci devraient être consultés, en tant que dépositaires d'enjeux, et engagés dans les processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation. Par exemple, les peuples des Premières Nations, Métis et Inuits peuvent avoir des points de vue différents sur ce que constitue une éducation sexuelle adaptée à la culture, dans leurs communautés, et leurs valeurs communautaires spécifiques concernant la sexualité et la santé sexuelle doivent être respectées.

FAVORISE LES DROITS DE LA PERSONNE, INCLUANT LA PRISE DE DÉCISION AUTONOME ET LE RESPECT DES DROITS D'AUTRUI.

L'éducation à la santé sexuelle devrait éduquer les individus au sujet de leurs droits de la personne en lien avec la santé sexuelle et génésique. Le contenu et la philosophie directrice des programmes d'éducation à la santé sexuelle devraient être conformes à la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui garantit à tous les Canadiens et à toutes les Canadiennes les droits à la liberté de pensée, de croyance et d'opinion. L'éducation à la santé sexuelle devrait encourager et favoriser le droit de chaque personne de prendre des décisions éclairées et autonomes. De plus, afin de promouvoir les droits de la personne, l'éducation à la santé sexuelle devrait souligner clairement que les individus ont une obligation égale de respecter les droits des autres. Une éducation complète à la santé sexuelle devrait habiliter la personne à reconnaître les inégalités ou injustices en matière de santé et de bien-être sexuels qu'elle ou toute autre personne peut rencontrer, et à y répondre.

EST SCIENTIFIQUEMENT EXACTE ET EMPLOIE DES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES.

Le contenu présenté dans les programmes d'éducation à la santé sexuelle devrait être fondé sur les preuves de recherches scientifiques actuelles et dignes de confiance ainsi que sur les pratiques exemplaires. Les stratégies et méthodes pédagogiques utilisées devraient avoir été éprouvées et confirmées empiriquement par des recherches scientifiques rigoureuses et conformes à l'éthique.

Les programmes d'éducation à la santé sexuelle devraient être fondés sur des modèles théoriques adéquats pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de tels programmes. La théorie est utile à l'éducation en matière de santé sexuelle parce que les théories spécifient des concepts et des principes pertinents. La théorie peut guider le développement de programmes d'enseignement et permettre de mettre ceux-ci à l'essai pour en vérifier l'efficacité.

D'après les conclusions scientifiques, des programmes efficaces d'éducation à la santé sexuelle incluent des éléments (1) de connaissances et de compréhension, (2) de motivation, (3) de compétences et (4) de conscience critique des facteurs pouvant rehausser ou empêcher la réalisation de la santé et du bien-être sexuels.

EST GÉNÉRALISTE DANS SA PORTÉE ET SA PROFONDEUR, ET ABORDE UN ÉVENTAIL DE SUJETS PERTINENTS À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE SEXUELS.

Un large éventail d'informations, de valeurs, de croyances, d'attitudes, de normes et de comportements contribuent à la santé et au bien-être sexuels. Bien qu'il soit souvent nécessaire que les objectifs des programmes d'éducation à la santé sexuelle visent des attitudes et comportements spécifiques, il est important de reconnaître que plusieurs facteurs sont en cause dans l'atteinte et le maintien de la santé et du bien-être sexuels. Les programmes d'éducation à la santé sexuelle s'adressant aux jeunes, en particulier en milieu scolaire, devraient aborder-avec suffisamment de profondeur-l'éventail des facteurs qui influencent la santé et le bien-être sexuels, incluant la compréhension, le développement et le maintien de saines relations interpersonnelles.

INCLUT LES IDENTITÉS ET LES EXPÉRIENCES VÉCUES DES PERSONNES LESBIENNES, GAIES, BISEXUELLES, TRANSGENRES, QUEER, INTERSEXUÉES, BISPIRITUELLES, NON BINAIRES ET ASEXUÉES (LGBTQI2+) AINSI QUE LES AUTRES IDENTITÉS ÉMERGENTES.

L'éducation à la santé sexuelle devrait être enseignée d'une façon qui ne tient pas pour acquis que tous les individus sont hétérosexuels, qu'ils s'identifient au sexe qui leur a été assigné à la naissance, ou qu'ils ont un corps qui correspond aux définitions biologiques traditionnelles d'un homme/d'une femme. Les programmes d'éducation à la santé sexuelle devraient être pertinents et adaptés aux besoins d'apprentissage des personnes LGBTQI2+. Par ailleurs, ces programmes devraient encourager l'acceptation et le respect de la diversité d'identités sexuelles et de genres qui existent dans la communauté; et ils devraient inclure l'évaluation critique des attitudes et pratiques discriminatoires.

FAVORISE L'ÉGALITÉ DES GENRES ET LA PRÉVENTION DE LA VIOLENCE SEXUELLE ET FONDÉE SUR LE GENRE.

Les programmes d'éducation à la santé sexuelle devraient promouvoir des normes qui contribuent à l'égalité des genres et au bien-être sexuel. L'éducation à la santé sexuelle devrait comporter de l'information sur les dynamiques de pouvoir et sur le genre, de même que sur la diversité des genres, identités et expressions afin d'encourager l'acceptation et le respect de la diversité. Les personnes ne sont pas toutes nées exclusivement hommes ou femmes et ne s'identifient pas toutes comme étant strictement homme ou femme—certaines personnes s'identifient comme transgenres, genderqueer, agenrées ou selon d'autres identités de genre fluide.

Les programmes d'éducation à la santé sexuelle devraient intégrer une approche qui tient compte des traumatismes et qui reconnaît que plusieurs des personnes qui recevront ces enseignements pourraient avoir vécu une forme ou une autre de violence sexuelle ou fondée sur le genre. Les programmes d'éducation à la santé sexuelle peuvent contribuer activement à la réduction de la violence sexuelle et fondée sur le genre, en aidant les personnes à prendre conscience des normes sociales, attitudes et pratiques qui contribuent à cette violence (par exemple, les croyances misogynes, l'homophobie et la transphobie).

Le genre peut déterminer le degré de pouvoir, d'influence et de liberté d'une personne en ce qui touche son consentement ou son non-consentement à des activités sexuelles ainsi que sa participation à celles-ci, ce qui peut la rendre plus vulnérable à la violence.

Les programmes d'éducation à la santé sexuelle devraient affirmer le droit de chaque personne de : 1) fixer des limites, communiquées verbalement ou non verbalement, tout en comprenant qu'un consentement peut être retiré en tout temps et 2) demander clairement, et communiquer, un consentement affirmatif (p. ex., dire oui). L'éducation à la santé sexuelle devrait aider les individus à apprendre comment faire en sorte que tous les partenaires se sentent en sécurité et soient pleinement consentants, avant qu'une activité sexuelle n'ait lieu.

INTÈGRE UNE APPROCHE ÉQUILIBRÉE À LA PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE, INCLUANT LES ASPECTS POSITIFS DE LA SEXUALITÉ ET DES RELATIONS AINSI QUE LA PRÉVENTION DES RÉSULTATS POUVANT AVOIR DES EFFETS NÉFASTES SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SEXUELS.

Un point de mire exclusif sur la prévention des résultats négatifs, dans l'éducation à la santé sexuelle, ne conduit pas nécessairement à une diminution des résultats négatifs. Un point de mire limité à la prévention peut conduire à une perception déformée de la sexualité humaine en mettant l'accent sur la négativité et en alimentant la honte et la stigmatisation. Une éducation à la santé sexuelle enracinée dans une approche intégrant les aspects de la sexualité humaine qui sont positifs et qui enrichissent les relations humaines (p. ex., avoir des relations interpersonnelles respectueuses et satisfaisantes), tout autant que l'information et les compétences pour la prévention des résultats pouvant avoir des effets néfastes sur la santé et le bien-être sexuels, peut contribuer à habiliter les personnes à protéger leur santé sexuelle et à l'améliorer. Une approche équilibrée à la promotion de la santé sexuelle inclut à la fois des représentations positives de la sexualité et des stratégies de réduction des méfaits lorsque celles-ci sont nécessaires à l'atteinte d'objectifs du programme.

INTÈGRE LES ENJEUX ÉMERGENTS LIÉS À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE SEXUELS ET Y RÉPOND.

Afin d'être pertinente et efficace, l'éducation à la santé sexuelle doit répondre aux besoins actuels et changeants des individus, en matière d'éducation à la santé sexuelle.

Par exemple, les technologies de communications modernes (comme les téléphones cellulaires/intelligents, les applications et sites Web de médias sociaux) ont modifié fondamentalement la façon dont les gens sont exposés à la sexualité, font des apprentissages et communiquent à ce sujet. Ces technologies peuvent offrir des bienfaits (p. ex., accès accru à l'information sur la sexualité, connexion entre les partenaires d'une relation), mais elles posent également des défis importants (p. ex., renseignements erronés, risques de violation de la vie privée et d'exploitation que peut comporter la communication électronique).

Plusieurs personnes seront exposées à des représentations médiatiques du genre et de la sexualité (p. ex., dans les médias sociaux, le cinéma, la télévision, les vidéos musicales, les jeux vidéo ou en ligne, de même que la pornographie) qui posent des défis à la santé et au bien-être sexuels, et ce de façons positives ou négatives. Les programmes d'éducation à la santé sexuelle devraient favoriser le développement de compétences de littératie médiatique et numérique qui habilitent les personnes à évaluer de façon critique le matériel qu'elles croiseront, en lien avec la sexualité, et à développer les compétences et connaissances propices à utiliser les technologies de communication de manière sécuritaire et respectueuse.

EST FOURNIE PAR DES PERSONNES ENSEIGNANTES QUI DÉTIENNENT LES CONNAISSANCES ET LES COMPÉTENCES POUR DONNER UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE ET QUI REÇOIVENT DU SOUTIEN ADMINISTRATIF POUR RÉALISER CE TRAVAIL.

L'éducation à la santé sexuelle est donnée dans divers contextes et divers milieux. Les personnes enseignantes devraient instaurer des partenariats collaboratifs avec les élèves, les parents ainsi que les services communautaires et de santé, afin de renforcer l'éducation à la santé sexuelle. Idéalement, les personnes qui donnent l'éducation à la santé sexuelle devraient (1) s'y connaître en matière de sexualité; (2) détenir une formation adéquate sur la théorie et la pratique de l'éducation complète à la santé sexuelle et (3) être soutenues du point de vue administratif par des politiques institutionnelles appropriées. Les personnes enseignantes devraient également avoir des occasions de développer leurs connaissances et leurs compétences de façon continue afin de livrer une éducation complète à la santé sexuelle; ceci devrait inclure l'accès à des ressources, la formation continue et le développement professionnel.

Les parents et les tuteurs et tutrices sont des partenaires essentiels dans l'éducation de leurs enfants en matière de santé sexuelle. Les parents et les tuteurs et tutrices devraient avoir également accès à des ressources pour rehausser leurs capacités, leurs connaissances et leurs compétences afin de transmettre à leurs enfants une information exacte sur la sexualité et sur la santé et le bien-être sexuels. Les pasteurs religieux, les communautés culturelles, les leaders d'opinion et les pairs sont des exemples d'autres groupes qui devraient avoir accès à des ressources, à la formation et à du soutien afin de fournir une éducation complète à la santé sexuelle.

RÉFÉRENCE

- 1 Organisation mondiale de la Santé. Sexual health, human rights and the law. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé : 2015.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SEXUELS : IMPLICATIONS POUR L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE

Une perspective des déterminants de la santé propose la notion selon laquelle un large éventail de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux exercent une influence sur la santé des individus et des populations.^{1,2} Cette perspective a été adoptée par des chercheurs, des établissements et des gouvernements, notamment le Gouvernement du Canada et l'Organisation mondiale de la Santé.^{1,2}

L'application d'une perspective des déterminants de la santé peut être utile en santé sexuelle.^{3,4,5} Il a été démontré qu'une grande diversité de déterminants sociaux de la santé ont une influence sur la santé et le bien-être sexuels. Certains de ces facteurs sont modifiables (par exemple, les attitudes) alors que d'autres (comme l'âge) ne le sont pas.

CERTAINS DÉTERMINANTS INCLUENT :

des facteurs individuels
(p. ex., les croyances)

des facteurs interpersonnels
(p. ex., les comportements des partenaires)

des facteurs communautaires
(p. ex., l'accès aux services de santé sexuelle)

des facteurs sociétaux plus larges
(p. ex., les attitudes culturelles et sociétales à l'égard de la santé sexuelle)

La perspective des déterminants de la santé englobe également les relations entre les diverses facettes de la santé. C'est-à-dire que la santé sexuelle n'est pas reliée uniquement à la santé physique, mais également à la santé émotionnelle et mentale de la personne, et qu'en conséquence de multiples facteurs contribuent à la santé et au bien-être généraux d'une personne.

Il est utile dans divers contextes d'appliquer une perspective des déterminants de la santé. Cependant, cette perspective revêt une importance particulière pour l'éducation à la santé sexuelle offerte à des populations aux prises avec la discrimination, la marginalisation, la stigmatisation ou un accès inégal aux services, et qui sont en conséquence plus susceptibles d'avoir des résultats négatifs en santé sexuelle (par exemple, des ITS, des grossesses non intentionnelles, la coercition sexuelle). Ces populations incluent les filles et les femmes; les personnes queer et trans, qu'elles soient jeunes ou adultes; les jeunes et adultes qui sont lesbiennes, bisexuel-les et gais; les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes; les enfants, jeunes et adultes vivant avec un handicap; les peuples autochtones; les minorités ethnoculturelles; les nouveaux arrivants et nouvelles arrivantes; et les travailleuses et travailleurs du sexe.^{3,4,6,7,8}

La santé et le bien-être sexuels sont déterminés et influencés par de multiples facteurs.

Les facteurs énumérés ci-dessous influencent la santé et le bien-être sexuels à quatre niveaux fondamentaux : individuel, interpersonnel, communautaire et sociétal.

1. INDIVIDUEL	2. INTERPERSONNEL
Les connaissances individuelles, la motivation, les attitudes, les croyances, les valeurs et les compétences	- Les attitudes et comportements des partenaires, des pairs, des membres de la famille et des professionnel-les de la santé - L'éducation à la santé sexuelle venant des parents/tuteurs et tutrices ainsi que des pair-es
3. COMMUNAUTAIRE	4. SOCIÉTAL

- L'accès à une éducation complète à la santé sexuelle dans divers milieux (par exemple, les secteurs de l'éducation, de la santé et des services communautaires)
- L'accès à des soins et services complets en matière de santé sexuelle (par exemple, counselling et services cliniques pour le dépistage des ITS, les traitements, la prévention, la contraception, la grossesse, les choix génésiques; services aux personnes agressées sexuellement; et counselling et traitements en matière de fonction sexuelle et d'enjeux psychosexuels).
- Les lois et les politiques gouvernementales pertinentes à la santé sexuelle (par exemple, l'éducation complète à la santé sexuelle, les programmes d'apprentissage, les soins et services en santé sexuelle et génésique, le financement des vaccins et médicaments concernant la santé sexuelle, incluant les contraceptifs, le financement de la formation pour l'enseignement de la santé sexuelle, de même que la recherche)
- Les structures et conditions sociales (par exemple, le statut socioéconomique, le statut de logement, les degrés d'égalité en lien avec le genre, l'orientation sexuelle, la race et l'identité autochtone)
- Les attitudes culturelles et sociales (par exemple, les attitudes sociétales à l'égard de la sexualité et de la santé sexuelle, du genre, des personnes LGBTQI2+; les attitudes et croyances sociétales concernant la race, le statut d'immigration et l'identité autochtone; les messages médiatiques concernant la sexualité, la santé sexuelle, le genre, la race, etc.)

LIGNES DIRECTRICES

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE DEVRAIT PRENDRE EN COMPTE ET ENGLOBER LES MULTIPLES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SEXUELS.

L'éducation à la santé sexuelle devrait outiller les individus de manière à ce qu'ils comprennent les facteurs individuels, interpersonnels, communautaires et sociétaux qui exercent une influence sur la santé et le bien-être sexuels et à ce qu'ils s'engagent vis-à-vis de ces éléments ou les modifient. L'éducation à la santé sexuelle a plus de chances d'être efficace si elle aborde les enjeux socioculturels.⁹

Les programmes d'éducation à la santé sexuelle n'ont pas à répondre à tous les facteurs qui influencent la santé sexuelle. La mesure dans laquelle un programme aborde divers déterminants de la santé sexuelle devrait être dictée par les objectifs spécifiques du programme d'éducation à la santé sexuelle ainsi que par le public visé. Par exemple, de brefs programmes éducatifs qui ne visent qu'à fournir de l'information générique sur un aspect particulier de la santé sexuelle à un large auditoire pourraient réussir à rehausser les connaissances des destinataires. Cependant, il est peu probable que de tels programmes, à eux seuls, arrivent à promouvoir efficacement des comportements spécifiques en matière de santé sexuelle sans aborder les importants déterminants interpersonnels, communautaires et sociétaux pertinents à ces comportements.

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE DEVRAIT RELIER LES PERSONNES VISÉES PAR LE PROGRAMME À DES RESSOURCES APPROPRIÉES EN MATIÈRE DE SANTÉ-TANT EN LIGNE QUE DANS LA COMMUNAUTÉ-QUI SOIENT OFFERTES DE MANIÈRES QUI CORRESPONDENT AUX PRINCIPES FONDAMENTAUX D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE.

Des programmes d'éducation à la santé sexuelle qui collaborent et qui fournissent des liens ou des références à des ressources pertinentes de la communauté ont de meilleures chances d'atteindre leurs objectifs.^{10,11} Par exemple, les programmes d'éducation à la santé sexuelle devraient établir des partenariats avec des services appropriés de dépistage et de traitement des ITS, des programmes de soutien pour personnes agressées sexuellement, de counselling relationnel, de thérapie sexuelle, de soutien pour personnes LGBTQI2+, de contraception ainsi que de soins de santé génésique – et ils devraient diriger les élèves vers ces programmes. Ceci inclut d'assurer et d'améliorer l'accès à des soins et services de santé sexuelle adaptés à la culture, qui tiennent compte des traumatismes et qui sont capables de répondre aux besoins de tous les individus.

RÉFÉRENCES

- 1 Gouvernement du Canada. Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé. Canada: 2018. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>. Consulté le 5 février 2019.
- 2 OMS. Social determinants of sexual and reproductive health: Informing future research and programme implementation. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé : 2010.
- 3 ASPC. La chlamydia chez les jeunes femmes : ressource pour la prévention adaptée à cette population. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada : 2015.
- 4 Condran B. Interventions sur les dimensions de la santé sexuelle : Une revue des interventions évaluées en matière de promotion de la santé sexuelle. Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses : 2014.
- 5 Garrido M, Sufrinko N, Max J, & Cortes N. Where youth live, learn, and play matters: Tackling the social determinants of health in adolescent sexual and reproductive health. American Journal of Sexuality Education. 2018 : 1-14.
- 6 ASPC. Questions et réponses : Éducation en matière d'éducation à la santé sexuelle à l'intention des jeunes ayant une incapacité physique. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada : 2013.
- 7 ASPC. Questions et réponses : Pratiques d'inclusion dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les minorités ethnoculturelles. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada : 2014.
- 8 Poon C, Smith, A., Saewyc, E., & McCreary Centre Society. Sexual health of youth in BC. Vancouver, C.-B. : McCreary Centre Society : 2015.
- 9 Scott-Sheldon LA, Huedo-Medina TB, Warren MR, et al. Efficacy of behavioral interventions to increase condom use and reduce sexually transmitted infections: A meta-analysis, 1991 to 2010. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: 2011; 58;5:489-498.
- 10 UNESCO. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité: une approche factuelle. Paris, France : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture : 2018.
- 11 Pound P, Denford S, Shucksmith J, et al. What is best practice in sex and relationship education? A synthesis of evidence, including stakeholders' views. BMJ Open. 2017; 7:5:e014791.

BUTS ET ÉLÉMENTS CLÉS D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE

La présente section établit et décrit les buts et les composantes d'une éducation complète à la santé sexuelle.

LIGNES DIRECTRICES

L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE A POUR BUTS D'ACCROÎTRE LA CAPACITÉ D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ SEXUELLE (PAR EXEMPLE, AVOIR DES RELATIONS INTERPERSONNELLES RESPECTUEUSES ET SATISFAISANTES, UNE MEILLEURE ACCEPTATION DE SOI, UNE CAPACITÉ ACCRUE D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET GÉNÉSIQUE) AINSI QUE LA PRÉVENTION DE RÉSULTATS SUSCEPTIBLES D'AVOIR DES EFFETS NÉFASTES SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SEXUELS (PAR EXEMPLE, L'ACQUISITION ET LA TRANSMISSION D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS), LES GROSSESSES NON PLANIFIÉES, LA COERCITION SEXUELLE, LES TRAUMATISMES/MALTRAITANCES/HARCÈLEMENTS DE NATURE SEXUELLE ET LES PROBLÈMES RELATIONNELS).

Pour être efficaces, les programmes d'éducation à la santé sexuelle devraient porter à la fois sur les aspects de la sexualité humaine qui sont positifs et qui enrichissent les relations humaines, et sur la prévention des résultats négatifs.

LES ÉLÉMENTS CLÉS D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE INCLUENT L'INFORMATION, LA MOTIVATION ET LES ATTITUDES, LES HABILETÉS COMPORTEMENTALES AINSI QUE LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX QUI INFLUENCENT LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SEXUELS.

Le contenu de l'éducation à la santé sexuelle doit être directement pertinent à la santé et au bien-être sexuels des individus, de manière à pouvoir soutenir les personnes dans la prise de décisions éclairées et autonomes, et dans l'intégration de l'information dans leur comportement lorsque nécessaire. Cependant, la simple prestation d'information ne suffit pas pour atteindre les objectifs de la plupart des programmes d'éducation à la santé sexuelle. Des programmes d'éducation complète à la santé sexuelle devraient également aborder la motivation et les attitudes, les habiletés comportementales ainsi que les facteurs environnementaux qui influencent la santé et le bien-être sexuels.^{1,2,3,4}

POUR ÊTRE PLUS EFFICACES, LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE DEVRAIENT INTÉGRER DES MODÈLES THÉORIQUES DU CHANGEMENT COMPORTEMENTAL DANS LE PROCESSUS DE PLANIFICATION, DE PRESTATION ET D'ÉVALUATION.

Les modèles théoriques éprouvés et pouvant servir de base à l'éducation complète à la santé sexuelle incluent le modèle information, motivation et habiletés comportementales (IMHC), la théorie sociocognitive, le modèle transthéorique, la théorie de l'action raisonnée ainsi que la théorie du comportement planifié.^{5,6,7,8,9}

BUTS

Le but d'ensemble d'une éducation complète à la santé sexuelle est de rehausser la capacité d'une personne à atteindre la santé et le bien-être sexuels et à maintenir cet état au cours de sa vie.

Les buts spécifiques sont de deux catégories : ceux qui concernent l'amélioration proprement dite de la santé et du bien-être sexuels et ceux qui sont axés sur la prévention des résultats pouvant avoir un impact négatif sur la santé et le bien-être sexuels (voir le Tableau 1).

Par ailleurs, il est important que l'éducation complète à la santé sexuelle inclue des discussions continues « sur les facteurs sociaux et culturels liés aux aspects plus vastes des relations interpersonnelles et de la vulnérabilité, tels que les inégalités de genre et de pouvoir, les facteurs socio-économiques, l'origine raciale, le statut VIH [ITS], le handicap, l'orientation sexuelle et l'identité de genre. »¹⁰

Pour parvenir aux buts de l'éducation complète à la santé sexuelle, les programmes doivent inclure des informations fondées sur les données, appropriées à l'âge et inclusives; ils doivent également aborder les facteurs attitudinaux et motivationnels; et ils doivent en outre enseigner des habiletés comportementales, relationnelles et interpersonnelles pertinentes.

Tableau 1 : Les buts de l'éducation complète à la santé sexuelle

BUT 1: Amélioration de la santé et du bien-être sexuels	
1.1	Améliorer l'acceptation de soi, l'estime de soi, l'image de soi, l'aisance et la confiance en lien avec la sexualité.
1.2	Améliorer la capacité d'avoir et de favoriser des relations interpersonnelles saines, consensuelles, respectueuses, équitables, satisfaisantes et mutuellement bénéfiques.

1.3	Accroître la connaissance des services de santé sexuelle et génésique (incluant les services de dépistage, traitement et prévention des ITS et les services en matière de contraception) ainsi que la capacité d'y avoir accès.
1.4	Rehausser la sensibilisation et le respect à l'égard des droits de la personne pertinents à la sexualité, au genre et à la santé génésique.
1.5	Accroître la capacité des parents et tuteurs/tutrices, des personnes enseignantes ainsi que du personnel qui enseigne la santé sexuelle de livrer une éducation sexuelle de grande qualité (par exemple, meilleure connaissance des stratégies d'enseignement, compétences et aisance accrues).
1.6	Accroître la capacité de faire valoir ses intérêts individuels et collectifs ayant trait à la santé et au bien-être sexuels.

BUT 2:

Prévention des résultats pouvant avoir un impact négatif sur la santé et le bien-être sexuels

2.1	Réduire l'acquisition et la transmission d'ITS.
2.2	Réduire le nombre de grossesses non planifiées.
2.3	Réduire les problèmes sexuels (par exemple, problèmes de réponse sexuelle, problèmes relationnels nuisant à la santé et au bien-être sexuels).
2.4	Réduire la coercition sexuelle et les traumatismes/maltraitances/harcèlements de nature sexuelle.
2.5	Réduire la discrimination et la violence fondées sur le sexe (c'est-à-dire les variantes en matière d'anatomie génésique ou sexuelle, y compris intersexuées), l'identité de genre, l'expression de genre, l'orientation sexuelle et le statut au regard d'infections transmissibles sexuellement (ITS).

ÉLÉMENTS CLÉS (THÉORIE)

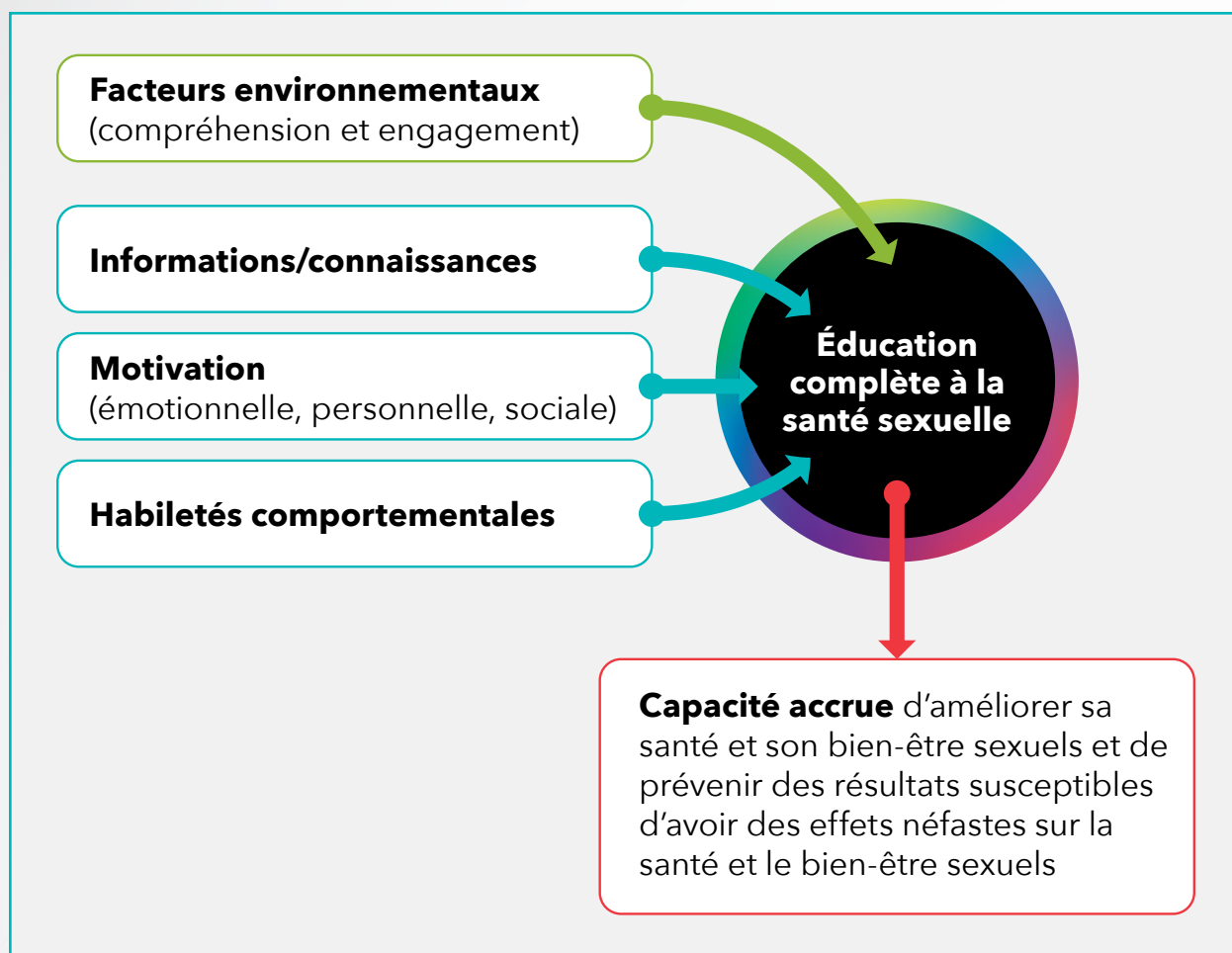
Dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation complète à la santé sexuelle, il est important que les décideurs, décideuses et planificateurs/-trices de programmes utilisent des modèles théoriques qui ont été éprouvés et appuyés par des recherches, lorsqu'ils et elles développent les composantes des programmes. Il a été démontré que l'intégration d'un modèle théorique éprouvé en matière de changement comportemental, dans la planification, la réalisation et l'évaluation d'un programme d'éducation à la santé sexuelle, accroît l'efficacité de celui-ci.¹¹

Quelques modèles théoriques éprouvés peuvent servir de base à des programmes d'éducation complète à la santé sexuelle; par exemple, la théorie sociocognitive, le modèle transthéorique, la théorie de l'action raisonnée ainsi que la théorie du comportement planifié.^{5,6,7,8,9}

Le modèle information, motivation et habiletés comportementales (IMHC)^{1,2,3} est lui aussi un modèle théorique éprouvé et il a servi de base à une vaste gamme d'interventions efficaces de promotion de la santé et du bien-être sexuels. Par conséquent, c'est celui que nous utilisons dans la présente section afin d'illustrer les éléments de l'éducation complète à la santé sexuelle.

Selon le modèle IMHC, les personnes enseignantes peuvent utiliser les éléments d'information, de motivation et d'habiletés comportementales comme une base pour planifier, fournir et évaluer les programmes d'éducation complète à la santé sexuelle (Figure 1). Remarquez l'élément environnemental ajouté au modèle, indiquant l'importance des facteurs sociaux, culturels et structurels dans la capacité d'un individu d'améliorer et de maintenir sa santé et son bien-être sexuels.^{4,12,13} Les éléments présentés dans la Figure 1 peuvent s'appliquer également à des programmes d'éducation et de promotion en matière de santé sexuelle destinés à des couples, des communautés et des populations.

Figure 1: Éléments clés d'une éducation complète à la santé sexuelle



ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE, À L'AIDE DU MODÈLE IMHC

1. Informations/connaissances

- Devraient être pertinentes à la santé et au bien-être sexuels propres à la personne
- Peuvent être utilisées pour prendre des décisions éclairées et autonomes
- Peuvent se transposer en des modifications comportementales pertinentes

2. Motivation

- Impact des normes sociales et de la pression des pair-es
- Impression de vulnérabilité à des résultats négatifs
- Impression de chances de résultats positifs
- Motivation émotionnelle : le degré d'aisance ou de malaise d'une personne à l'égard de la sexualité (p. ex., sentiments d'acceptation de soi et d'estime de soi en lien avec la sexualité)
- Motivation personnelle : croyances et attitudes à l'égard d'actes spécifiques de prévention/promotion en santé sexuelle
- Motivation sociale : impression de soutien social ou d'opposition sociale à l'adoption d'un comportement de prévention/promotion en santé sexuelle

3. Habiletés comportementales

- Transposition des informations/connaissances et des motivations/attitudes dans des intentions, une confiance (c.-à-d., autoefficacité) et des comportements propices à la santé et au bien-être sexuels (p. ex., utiliser des condoms, digues dentaires et autres barrières [comme des gants] et/ou des méthodes contraceptives)
- Communication par conversation continue (p. ex., discuter du consentement, poser des limites sexuelles, exprimer des préférences sexuelles, comprendre la communication non verbale et l'utiliser).
- Recourir à des ressources et à des services en matière de santé.

4. Facteurs environnementaux (compréhension et engagement)

- Conscience que des éléments du contexte social, culturel, économique et politique peuvent influencer de manière négative/positive la santé et le bien-être sexuels
- Accroître la capacité de faire valoir ses intérêts individuels et collectifs ayant trait à la santé et au bien-être sexuels
- Rehausser l'accès à des services de santé sexuelle et génésique conviviaux et exempts de stigmatisation

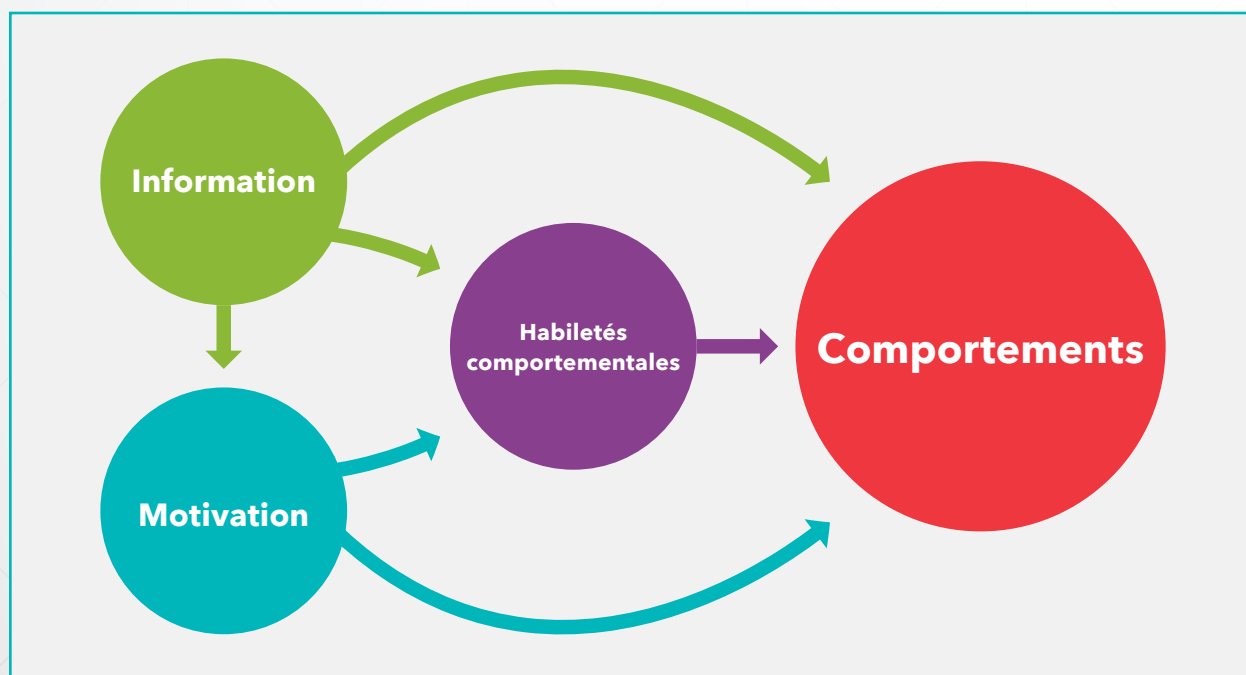
UTILISER LE MODÈLE IMHC POUR TRANSPOSER LA THÉORIE DANS LA PRATIQUE

Le modèle IMHC précise qu'afin que l'éducation à la santé sexuelle soit efficace, elle doit :

- | | |
|----------|---|
| 1 | fournir de l'information directement pertinente à la santé et au bien-être sexuels, |
| 2 | développer les facteurs motivationnels (attitudes individuelles/normes sociales) qui influencent le comportement lié à la santé sexuelle, et |
| 3 | enseigner les habiletés comportementales spécifiques qui sont nécessaires pour protéger et améliorer la santé et le bien-être sexuels (Figure 2). |

Les trois éléments du modèle IMHC^{1,2,3} et sa corroboration par des recherches sont abordés plus en détail ci-dessous.

Figure 2 : Le modèle information, motivation, habiletés comportementales pour l'amélioration de la santé et du bien-être sexuels et la prévention des résultats négatifs de santé sexuelle



Note: Schéma 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*, 9,39-76.

L'INFORMATION

Afin d'être efficaces, les programmes d'éducation à la santé sexuelle devraient fournir de l'information fondée sur des données probantes, pertinente et facile à transposer dans des comportements propices à améliorer la santé et le bien-être sexuels et à prévenir les problèmes de santé sexuelle.

L'information sur les contextes dans lesquels les individus s'adonneront aux comportements spécifiques, et sur la façon de naviguer dans ces contextes, importe également (p. ex., identifier des obstacles potentiels à l'accès à des services de santé sexuelle et à des stratégies d'autoplaidoyer).

L'information fournie par les programmes d'éducation à la santé sexuelle devrait être :

Directement liée à l'objectif comportemental	Facile à transposer dans l'objectif comportemental
<i>Par exemple</i> : si l'objectif est d'accroître l'utilisation de méthodes contraceptives, l'information directement pertinente à l'atteinte de cet objectif porterait sur le fonctionnement d'une forme spécifique de contraception, son utilisation efficace, les moyens d'y avoir accès, les obstacles possibles à son obtention, les façons de naviguer en présence de ces obstacles, comment cette forme de contraception peut être payée et comment on peut en discuter avec un-e professionnel-le des soins de santé et avec un-e partenaire.	<i>Par exemple</i> : si l'objectif d'un programme d'éducation à la santé sexuelle est d'encourager le dépistage des ITS, la création d'un répertoire de ressources et de services locaux en santé sexuelle et génésique qui sont accessibles et conviviaux contribuerait à fournir une information qu'une personne peut utiliser pour adopter ce comportement.

LA MOTIVATION

Même lorsqu'elles ont reçu une information de santé sexuelle qui est facile à transposer dans un comportement, les personnes ont besoin de motivation afin de passer à l'action pour appliquer ce qu'elles ont appris.

Pour que les programmes d'éducation à la santé sexuelle atteignent leurs objectifs, les responsables de leur planification et les personnes enseignantes devraient également mettre l'accent sur les facteurs de motivation nécessaires à la réalisation des changements potentiels.

Il existe en général trois formes de motivations qui influencent le comportement lié à la santé et au bien-être sexuels :

Motivation émotionnelle	Motivation personnelle	Motivation sociale
La réponse émotionnelle d'une personne à l'égard de la sexualité (c.-à-d. son degré d'aisance ou de malaise) ainsi que sa réponse à des comportements spécifiques liés à la santé sexuelle peuvent influencer ses actions ou son inaction pour transposer ses connaissances dans ses comportements. Une personne ayant des réponses émotionnelles négatives à l'égard de la sexualité est moins portée à communiquer avec d'autres personnes au sujet d'un enjeu de santé sexuelle.	Les attitudes et croyances d'une personne concernant un comportement spécifique lié à la santé sexuelle et génésique influencent fortement la possibilité qu'elle adopte ce comportement.	Les croyances d'une personne à propos des normes sociales (c.-à-d. ses perceptions de l'appui social à des comportements pertinents de santé sexuelle et génésique) influencent elles aussi la probabilité que cette personne passe aux actes pour appliquer le contenu de programme qu'elle a reçu.

Par exemple : si un programme vise à aider les parents à accroître leur capacité de donner à leurs enfants une éducation de qualité en matière de santé sexuelle, il pourrait être utile d'amener les parents à examiner leurs réponses émotionnelles à la sexualité.

Par exemple : si l'objectif d'un programme est d'accroître la capacité des individus d'avoir des relations consensuelles et respectueuses, il est important que les personnes examinent leurs croyances et attitudes concernant la communication sexuelle et le consentement. Une personne qui a des attitudes/ croyances positives quant à l'importance du consentement est plus encline à soulever le sujet du consentement et à en discuter avec un-e partenaire.

Par exemple : des programmes d'éducation à la santé sexuelle abordant l'amélioration de l'acceptation de soi chez les personnes LGBTQI2+ pourraient examiner le soutien social perçu à l'égard de la sortie du placard (le *coming out*). Les jeunes personnes qui sont en processus de questionnement, de compréhension et d'affirmation de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre ont plus de chances de s'ouvrir à ce sujet si elles ont l'impression que leur groupe social est favorable aux individus et identités LGBTQI2+.

LES HABILETÉS COMPORTEMENTALES

Des personnes qui ont l'information pertinente et la motivation pourraient tout de même ne pas adopter des comportements spécifiques visés par des programmes d'éducation à la santé sexuelle si elles n'ont pas les habiletés nécessaires pour concrétiser les comportements.

Il est essentiel d'enseigner les habiletés comportementales nécessaires à la réalisation des objectifs associés à un changement comportemental potentiel.

Par exemple, dans le cadre de programmes d'éducation à la santé sexuelle destinés à des enfants et ayant des objectifs reliés à la diminution du risque d'exploitation et de maltraitance, il est nécessaire d'enseigner aux enfants les habiletés comportementales spécifiques concernant le signalement, à des adultes de confiance, de tout toucher inapproprié.

Les habiletés comportementales propices à la santé sexuelle et génésique sont les suivantes :

Les habiletés pratiques pour adopter le comportement

Ceci inclut la résolution de problème, la communication efficace et la capacité d'évaluer des idées.

Par exemple : Une personne qui pourrait avoir avantage à prendre la prophylaxie préexposition (PPrE, ou PrEP), contre le VIH, peut apprendre les habiletés pratiques nécessaires à l'obtention et à l'utilisation adéquate de ce régime de médicaments. Elle peut également apprendre les habiletés nécessaires à faire valoir ses intérêts et ceux d'autres personnes, dans le recours à des ressources où des obstacles sociaux sont présents (par exemple, un-e intervenant-e qui ne prend pas les devants pour proposer un dépistage des ITS, ou pour offrir l'accès à des stratégies de prévention, parce qu'il ou elle considère que des individus ne sont « pas à risque » en se basant sur des suppositions au sujet de leur identité sexuelle et de leurs relations).

L'autoefficacité pour adopter le comportement

Ceci inclut la confiance de la personne en sa capacité de gérer efficacement une situation, d'accomplir une tâche, d'avoir des conversations saines avec un-e partenaire, de repérer des services et d'y avoir recours, etc.

Par exemple : Afin d'avoir des discussions avec un-e partenaire à propos de l'usage de condoms, de digues dentaires ou d'autres méthodes barrières, et/ou à propos du consentement, une personne doit avoir confiance en sa capacité d'avoir ces discussions.

Par exemple : Pour pouvoir donner une éducation complète et de grande qualité en matière de santé sexuelle, une personne enseignante doit avoir confiance en sa capacité d'enseigner le contenu et de communiquer avec les élèves lorsqu'ils et elles posent des questions.

RÉSULTATS DE RECHERCHE À L'APPUI DU MODÈLE IMHC

Le modèle IMHC est bien appuyé par des recherches évaluatives qui ont démontré son efficacité en tant que fondement d'une diversité d'interventions en promotion de la santé sexuelle, ciblant notamment la prévention des ITS et du VIH,^{3,14,15,16} l'utilisation de contraceptifs,¹⁷ le recours à la vaccination contre le VPH,¹⁸ l'observance thérapeutique dans le contexte du VIH¹⁴ ainsi que des indicateurs de bien-être sexuel.¹⁹

Les preuves de l'applicabilité et de l'efficacité du modèle IMHC sont issues de recherches auprès de diverses populations, y compris de jeunes adultes, femmes²⁰ et hommes,^{21,22} des jeunes à faible revenu,¹⁵ des jeunes de minorités raciales,²³ des adolescentes,²⁴ des jeunes gai-es, bisexuel-les et trans,¹⁹ des jeunes incarcéré-es,²⁵ des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes,¹⁶ des travailleuses du sexe,²⁶ et des femmes ayant eu une expérience de violence venant d'un partenaire intime.²⁷

Dans le Tableau 2, nous présentons quelques exemples de la façon dont des éléments IMHC s'appliqueraient à des programmes visant sept objectifs comportementaux différents qui ont des liens avec les buts d'ensemble de l'éducation complète à la santé sexuelle : 1) accroître l'utilisation de condoms, digues dentaires et autres méthodes barrières; 2) augmenter le recours au dépistage des ITS; 3) recourir au vaccin contre le virus du papillome humain (VPH); 4) rehausser la sensibilisation et le recours à la PrEP et à la prophylaxie postexposition (PPE) pour prévenir le VIH; 5) discuter de consentement à l'activité sexuelle avec des partenaires et demander ce consentement; 6) développer la capacité des personnes enseignantes de fournir un contenu éducatif complet en matière santé sexuelle; et 7) accroître la capacité de recourir à du soutien après une agression sexuelle.

TABLEAU 2 : INFORMATIONS-MOTIVATION-HABILETÉS COMPORTEMENTALES POUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ SEXUELLE ET LA PRÉVENTION DES RÉSULTATS NÉGATIFS

OBJECTIF 1:

Accroître l'utilisation de condoms, digues dentaires et autres méthodes barrières pour prévenir la transmission d'ITS

INFORMATION

Acquérir des connaissances concernant :

- L'information de base sur l'anatomie, la physiologie, les ITS et la grossesse
- La transmission des ITS et les comportements à risque d'ITS
- L'efficacité des condoms, des digues dentaires et d'autres méthodes barrières pour prévenir la transmission et l'acquisition d'ITS
- Ce que sont un condom et une digue dentaire, de même que les autres types de méthodes barrières (p. ex., gants)
- Où se procurer des condoms, des digues dentaires et d'autres méthodes barrières (y compris en accès gratuit et à prix modique)
- Comment utiliser correctement un condom, une digue dentaire et d'autres méthodes barrières (p. ex., vérifier la date d'expiration, l'application et le retrait d'une barrière, les conditions de conservation des condoms, digues dentaires et autres méthodes barrières)
- Comment discuter de l'utilisation de condoms, digues dentaires ou autres types de méthodes barrières, avec un-e partenaire
- Les conditions de conservation des condoms, digues dentaires et autres types de méthodes barrières
- L'utilisation confortable et agréable des condoms, digues dentaires et autres types de méthodes barrières

OBJECTIF 1:

Accroître l'utilisation de condoms, digues dentaires et autres méthodes barrières pour prévenir la transmission d'ITS

MOTIVATION

Discuter/
aborder :

- La vulnérabilité du public cible relativement aux ITS
- Les idées/croyances concernant la responsabilité personnelle et la sécurité
- Les idées sur les scripts sexuels et les normes de genre qui affectent l'utilisation de condoms, digues dentaires et autres types de méthodes barrières
- Les attitudes/normes individuelles, des pairs et du public concernant l'utilisation ou la non-utilisation de condoms, digues dentaires et autres types de méthodes barrières
- Les avantages spécifiques, pour l'individu, des condoms, digues dentaires et autres types de méthodes barrières

HABILETÉS COMPORTE- MENTALES

Mettre les
connaissances
en pratique et
les appliquer à :

- Comment se procurer des condoms, digues dentaires et autres types de méthodes barrières
- Comment discuter de l'utilisation de condoms, digues dentaires ou autres types de méthode barrière, avec un-e partenaire
- Envisager un scénario d'utilisation unilatérale d'un condom, d'une digue dentaire ou d'un autre type de méthode barrière
- Comment utiliser un condom, une digue dentaire ou un autre type de méthode barrière (p. ex., ouvrir l'emballage, enfiler un condom et le retirer, placer une digue dentaire sur la vulve et/ou l'anus d'un-e partenaire pour créer une barrière entre la bouche et les organes génitaux)
- Les habiletés pour l'utilisation agréable d'un condom, d'une digue dentaire ou d'une autre méthode barrière (p. ex., évaluer la taille du condom, appliquer du lubrifiant dans le condom ou sous la digue dentaire)
- Comment discuter d'activités sexuelles de remplacement, si aucun condom, aucune digue dentaire et aucune autre méthode barrière n'est accessible

OBJECTIF 2:

Augmenter le recours au dépistage des ITS

INFORMATION

Acquérir des connaissances concernant :

- Les comportements à risque et transmission/acquisition des ITS
- La nature asymptomatique d'ITS
- La déstigmatisation des ITS et de leur dépistage
- Les types de dépistage d'ITS, leur efficacité et leurs périodes fenêtrées
- Comment accéder à des services de dépistage/tests d'ITS et de prévention
- Les normes de confidentialité du recours à des services de santé sexuelle
- Les avantages du dépistage, pour soi-même et pour son/sa/ses partenaire(s)

MOTIVATION

Discuter/aborder :

- La vulnérabilité du public cible relativement aux ITS
- Les idées/croyances concernant la responsabilité personnelle et la sécurité
- Les idées/croyances concernant le dépistage des ITS et la stigmatisation
- Les attitudes/normes des pair-es et du public à l'égard du dépistage des ITS
- La tranquillité d'esprit après des dépistages/tests

HABILETÉS COMPORTE-MENTALES

Mettre les connaissances en pratique et les appliquer à :

- Trouver des services de dépistage des ITS et y avoir recours
- Obtenir du soutien psychologique après un diagnostic positif
- Communiquer des résultats à des partenaires

OBJECTIF 3:

Recourir au vaccin contre le virus du papillome humain (VPH)

INFORMATION Acquérir des connaissances concernant :	• Ce qu'est le VPH • Comment le VPH se transmet • La prévalence du VPH • Le VPH et le risque de cancer • Qui devrait recevoir le vaccin contre le VPH et à quel âge • Qui est admissible à la vaccination gratuite • L'efficacité et les effets secondaires du vaccin contre le VPH • Où avoir accès à ces vaccins • Couverture d'assurance et/ou communication à propos du financement
MOTIVATION Discuter/aborder :	• Les attitudes personnelles/parentales/institutionnelles/sociétales à l'égard du recours à la vaccination • Les perceptions du soutien social à l'égard du recours à la vaccination
HABILETÉS COMPORTE-MENTALES Mettre les connaissances en pratique et les appliquer à :	• Discuter de la vaccination contre le VPH avec des intervenant-es, les parents et les partenaires • Obtenir du financement pour la vaccination, si nécessaire, et connaître les possibilités à cet effet • Naviguer le processus de vaccination contre le VPH

OBJECTIF 4:**Rehausser la sensibilisation et le recours à la PrEP et à la prophylaxie postexposition (PPE) pour prévenir le VIH**

INFORMATION Acquérir des connaissances concernant :	• La raison d'être et le rôle de la PrEP et de la PPE dans la prévention du VIH • Comment la PrEP et la PPE fonctionnent • L'efficacité de la PrEP et de la PPE • Recommandations pour l'utilisation de la PrEP et de la PPE • L'importance du dépistage des ITS et des pratiques sexuelles plus sécuritaires en conjonction avec l'utilisation de la PrEP/PPE • Comment avoir accès à la PrEP et à la PPE • Coût, assurance et couverture des soins de santé
MOTIVATION Discuter/aborder :	• Les avantages/bienfaits de la PrEP/PPE pour prévenir l'infection par le VIH • L'importance de l'observance thérapeutique (prendre la PrEP et la PPE exactement tel que prescrites) afin d'en optimiser l'efficacité • Les attitudes personnelles/institutionnelles/sociétales à l'égard de la PrEP et de la PPE
HABILETÉS COMPORTE-MENTALES Mettre les connaissances en pratique et les appliquer à :	• La recherche et l'utilisation de services de PrEP ou PPE auprès de professionnel·les et établissements de la santé appropriés • Amorcer des discussions concernant la PrEP ou la PPE en milieu de soins et avec des professionnel·les des soins de santé • Amorcer des discussions et maintenir un dialogue ouvert au sujet de la PrEP, avec des partenaires

OBJECTIF 5:

Discuter de consentement à l'activité sexuelle avec des partenaires et demander ce consentement

INFORMATION

Acquérir des connaissances concernant :

- Les définitions générale et juridique d'un consentement clair et affirmatif ainsi que d'une agression sexuelle
- Les facteurs qui contribuent à l'activité sexuelle non consensuelle
- La compréhension de la communication non verbale
- La discussion sur le consentement dans le cadre de relations (p. ex., le consentement ne devrait pas être tenu pour acquis simplement parce que des personnes sont déjà en relation ensemble)
- Les habiletés de communication nécessaires pour établir un intérêt partagé et une compréhension mutuelle des comportements sexuels désirés

MOTIVATION

Discuter/aborder :

- Les attitudes personnelles concernant l'importance d'un consentement clair et affirmatif
- Les idées/croyances quant à la responsabilité personnelle d'assurer la sécurité d'autres personnes
- Les idées sur l'appui social perçu, concernant l'obtention d'un consentement clair et affirmatif
- Les coûts et avantages perçus, concernant un consentement clair et affirmatif
- L'aisance personnelle et les habiletés concernant la navigation de conversations sur les comportements sexuels ainsi que les intérêts et limites en cause

HABILETÉS COMPORTE-MENTALES

Mettre les connaissances en pratique et les appliquer à :

- Amorcer la communication et discuter de son propre consentement et de l'obtention du consentement de partenaires (p. ex., script personnel pour obtenir/donner un consentement)
- Évaluer les habiletés verbales et non verbales liées au consentement pendant la durée complète d'une activité sexuelle afin de s'assurer qu'il y a un consentement non ambigu, continu, clair et affirmatif
- Amorcer la communication et discuter d'intérêt partagé et de compréhension mutuelle des comportements sexuels désirés

OBJECTIF 6:

Développer la capacité des personnes enseignantes de fournir un contenu éducatif complet en matière santé sexuelle

INFORMATION

Acquérir des connaissances concernant :

- La santé sexuelle et le bien-être sexuel
- Les lignes directrices pour une éducation complète à la santé sexuelle
- L'importance d'une éducation complète à la santé sexuelle, pour le public cible, et son droit de recevoir une éducation complète à la santé sexuelle
- La compréhension des particularités du programme pédagogique
- Les sources possibles d'accès à des ressources et au développement professionnel
- Comment développer des plans de leçons
- Comment répondre aux questions des élèves
- Comment rehausser la confiance et l'aisance à discuter de sujets liés à la santé sexuelle
- Comment fournir du matériel à caractère inclusif à des individus ayant diverses identités, différences biologiques et capacités
- Les stratégies d'enseignement efficaces quant à des sujets liés à la santé sexuelle
- Les stratégies de réponse au malaise chez des parents/élèves
- Comment communiquer au sujet de la santé et du bien-être sexuels avec le public cible, et en discuter avec lui

MOTIVATION

Discuter/aborder :

- Les attitudes et valeurs personnelles/parentales/sociétales perçues à l'égard de l'éducation à la santé sexuelle
- Le soutien professionnel perçu quant à la prestation du programme d'enseignement
- Les obstacles et facilitateurs perçus quant à la mise en œuvre du programme d'enseignement
- Les idées et croyances concernant la responsabilité professionnelle
- L'aisance et les aptitudes personnelles pour fournir du matériel à des individus ayant diverses identités, différences biologiques et capacités
- Les biais personnels pouvant influencer l'aisance à fournir du matériel
- Le lien entre l'éducation à la santé sexuelle et la santé et le bien-être sexuels en tant que facteurs qui rehaussent la motivation

OBJECTIF 6:**Développer la capacité des personnes enseignantes de fournir un contenu éducatif complet en matière santé sexuelle****HABILETÉS
COMPORTE-
MENTALES**

Mettre les connaissances en pratique et les appliquer à :

- Comment développer un plan de leçon
- Les stratégies d'enseignement
- Comment répondre aux questions des élèves
- Comment communiquer sur la santé et le bien-être sexuels avec le public cible, et discuter avec lui à ce sujet
- Comment fournir du matériel pour des individus ayant diverses identités, différences biologiques et capacités (et comment soutenir ces individus)

OBJECTIF 7:**Accroître la capacité de recourir à du soutien après une agression sexuelle****INFORMATION**

Acquérir des connaissances concernant :

- Les définitions générale et juridique d'un consentement clair et affirmatif ainsi que d'une agression sexuelle
- Les relations saines, malsaines et de violence
- Les stéréotypes et mythes concernant la coercition/agression sexuelle (p. ex., blâme de la victime, blâme de soi)
- Les services et le soutien offerts (p. ex., personnels, communautaires, médicaux, juridiques)
- Les obstacles à l'obtention d'assistance
- L'importance du dévoilement, pour le bien-être
- La confidentialité
- Le signalement de cas et le système légal
- Le counselling
- Les stratégies pour soutenir une personne qui signale un cas de coercition/agression sexuelle

MOTIVATION

Discuter/
aborder :

- Le soutien sociétal perçu quant au recours à des ressources en matière d'agression sexuelle
- Le soutien perçu de la famille et des pairs quant au recours à des ressources en matière d'agression sexuelle
- Le soutien perçu quant au recours à des services juridiques (p. ex., la police) et à des soins de santé (p. ex., les centres d'aide en cas d'agression sexuelle, les hôpitaux) en matière d'agression sexuelle

OBJECTIF 7:

Accroître la capacité de recourir à du soutien après une agression sexuelle

HABILETÉS COMPORTE- MENTALES

Mettre les connaissances en pratique et les appliquer à :

- Comment signaler une agression sexuelle (p. ex., dans le système juridique et celui des soins de santé)
- Comment obtenir divers services et types de soutien
- Répondre aux obstacles émotionnels au signalement/dévoilement
- Comment répondre au dévoilement d'une personne lorsqu'on est dans une position d'aidant-e

MODÈLES THÉORIQUES ADDITIONNELS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE PROGRAMMES D'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE

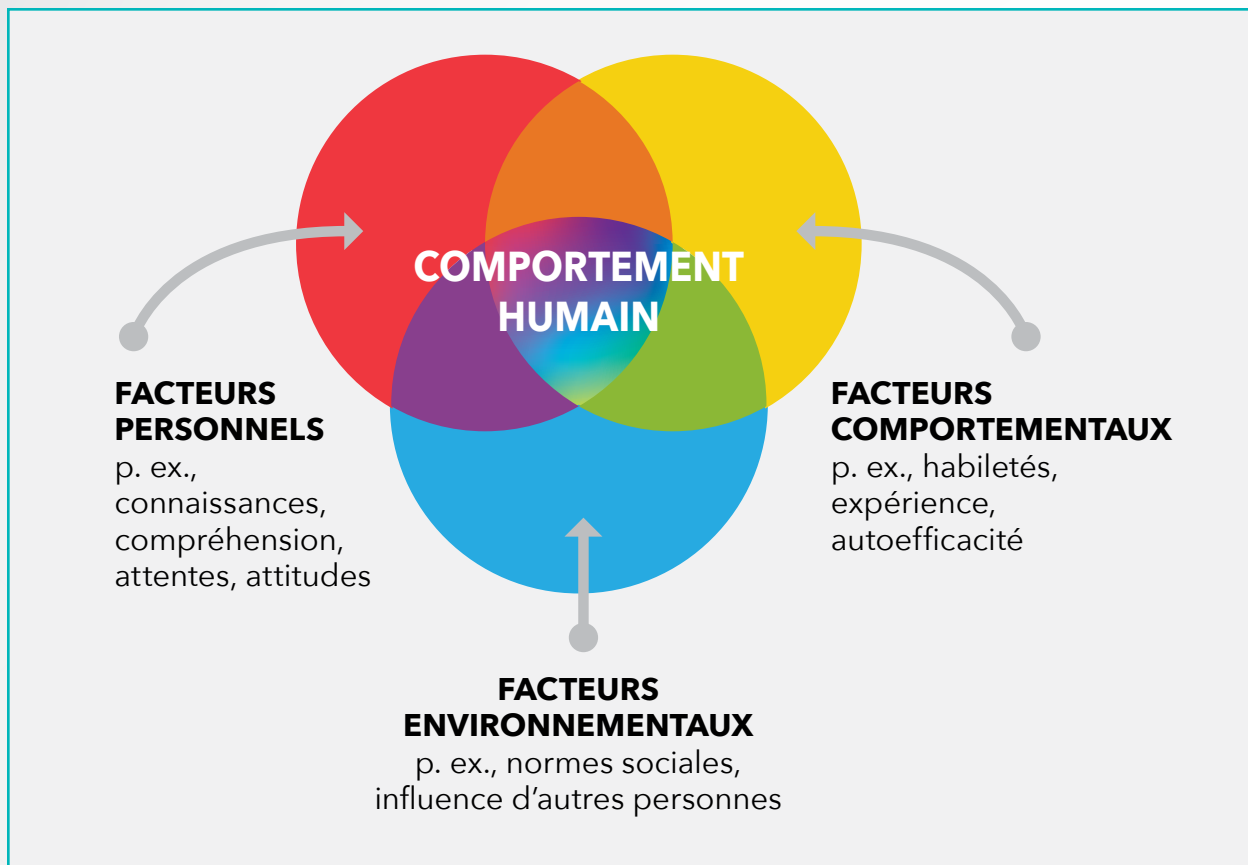
Il existe un certain nombre d'autres modèles théoriques éprouvés et appuyés empiriquement, pouvant offrir une solide base pour le développement de programmes d'éducation complète à la santé sexuelle. Nous décrivons ces modèles ci-dessous. Cependant, il est important de noter que les modèles qui abordent exclusivement l'information ou la motivation (sans s'occuper des habiletés comportementales) sont souvent insuffisants pour outiller des personnes afin qu'elles adoptent et maintiennent certaines orientations/tendances comportementales en santé sexuelle.^{1,2,3}

LA THÉORIE SOCIOCOGNITIVE

Des recherches évaluatives indiquent que des interventions de santé éclairées par la théorie sociocognitive (TSC) peuvent contribuer à améliorer la santé et le bien-être sexuels.^{28,29,30,31}

La TSC⁶ concerne la notion selon laquelle les personnes apprennent les unes des autres par l'observation, l'imitation et le modelage. La théorie présente un cadre conceptuel pour la compréhension, la prédiction et la modification du comportement humain; plusieurs des composantes recourent le modèle IMHC. La TSC considère le comportement humain comme une interaction entre des facteurs personnes, comportementaux et environnementaux (Figure 3) :

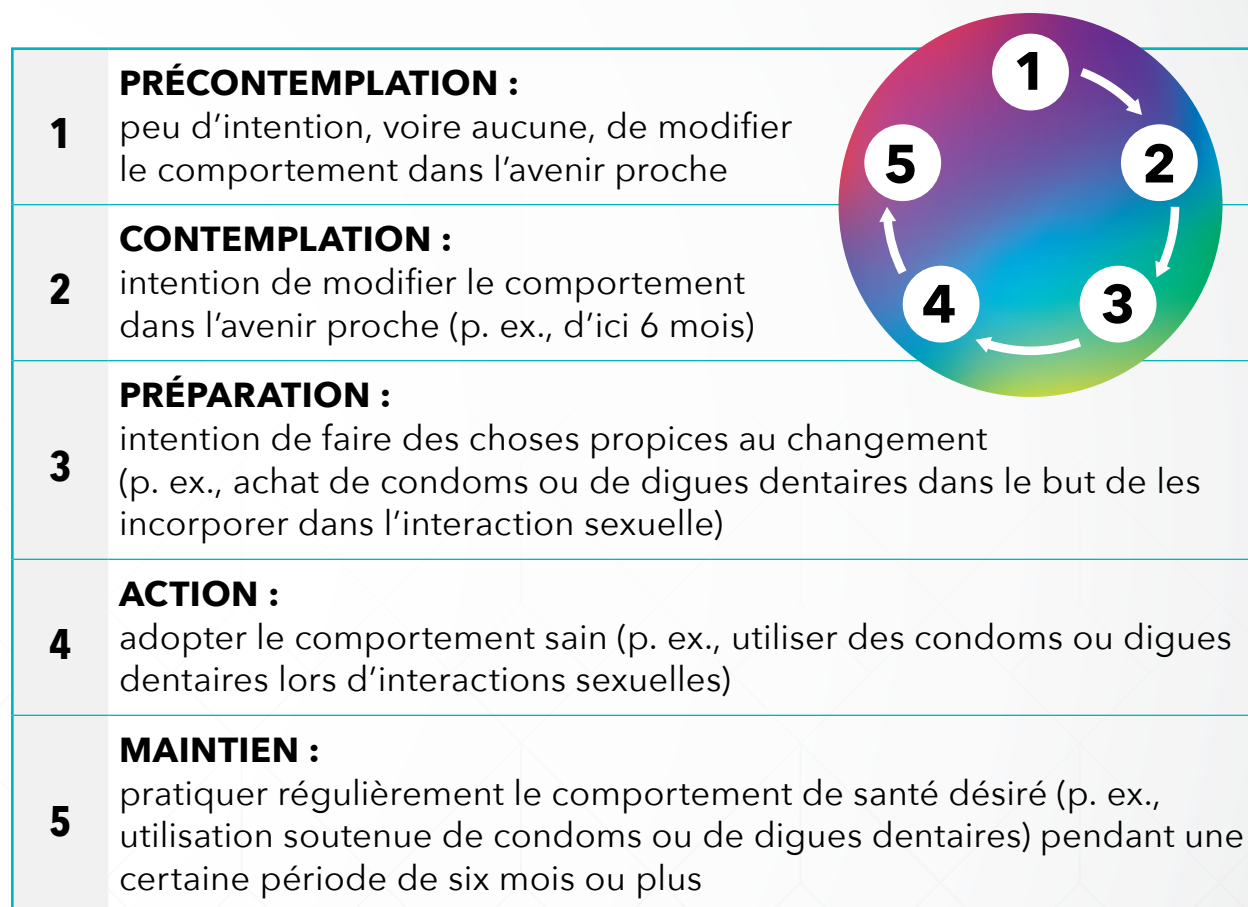
Figure 3: Facteurs de la théorie cognitive



La théorie sociocognitive peut s'appliquer de diverses façons à l'éducation en matière de santé sexuelle. Par exemple, des chercheurs ont appliqué la TSC à un programme d'intervention pour prévenir le VIH et les ITS, dans trois cliniques publiques d'ITS.³¹ Les activités du programme ciblaient des facteurs personnels comme les connaissances sur l'utilisation des condoms, de même que des facteurs comportementaux comme l'autoefficacité dans l'utilisation des condoms et la façon de discuter de comportements sexuels plus sécuritaires avec un-e partenaire. En conformité avec la TSC, on a constaté que la combinaison du développement de la compréhension et de l'autoefficacité concernant l'utilisation efficace des condoms était associée à un taux plus élevé de cette utilisation lors du suivi après trois mois.

LE MODÈLE TRANSTHÉORIQUE

Le modèle transthéorique a servi de base à des interventions efficaces pour la prévention des ITS et de la grossesse^{32,33} ainsi que pour l'amélioration du bien-être sexuel.³⁴ Ce modèle considère le changement comportemental comme un processus plutôt que comme un événement isolé. Selon ce modèle, les individus qui participent à des interventions pour un changement comportemental devraient être guidés dans un continuum qui comporte cinq étapes :⁹



Le modèle transthéorique s'est également révélé prometteur dans le cadre de programmes visant à réduire le risque de violence dans les fréquentations entre élèves de l'école secondaire.³⁵ Par exemple, des élèves ont complété une intervention portant sur le progrès dans les étapes du changement afin d'utiliser des habiletés de relations saines et d'autoprotection relationnelle. En comparaison avec un groupe qui n'avait pas reçu le programme, les personnes du groupe ayant complété l'intervention étaient moins susceptibles de déclarer divers types de violence dans les fréquentations et plus susceptibles de déclarer utiliser des habiletés relationnelles.

LA THÉORIE DE L'ACTION RAISONNÉE ET LA THÉORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIÉ

La théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié sont deux modèles reliés, identifiant des concepts qui se recoupent et qui conduisent à des changements comportementaux. Les deux modèles sont éprouvés et ont servi de base théorique à des interventions efficaces visant la prévention d'ITS et l'utilisation de condoms.^{36,37,38}

La théorie de l'action raisonnée met l'accent sur l'intention de l'individu de se comporter d'une certaine façon.^{5,8} L'intention est déterminée par un ou l'autre de deux facteurs majeurs ou par les deux :

ATTITUDE	NORMES SUBJECTIVES
Les sentiments positifs ou négatifs d'une personne à l'égard de l'adoption d'un comportement spécifique	La perception d'une personne quant à des normes sociales concernant le comportement de santé sexuelle

La théorie du comportement planifié (TCP) est un prolongement de celle de l'action raisonnée. La TCP avance l'idée que les intentions comportementales découlent d'attitudes et normes subjectives concernant un comportement, de même que du contrôle comportemental perçu, ou de l'impression de pouvoir effectivement adopter le comportement en cause (c.-à-d. l'autoefficacité). Des recherches et des interventions encadrées par la TCP ont démontré son applicabilité pour susciter l'utilisation de condoms chez des adolescent-es^{36,39} et des adultes.³⁸ Des recherches indiquent également que les construits de la TCP prédisent le recours au vaccin contre le VIH parmi de jeunes femmes adultes.³⁷

Par ailleurs, la théorie de l'action raisonnée et la TCP ont été intégrées dans des programmes multimédias en ligne visant à prévenir la grossesse non planifiée et les ITS chez les femmes.⁴⁰ Par exemple, les femmes ayant complété un programme interactif en ligne avaient des attitudes plus positives à l'égard de la communication avec leurs partenaires et leurs professionnel·les des soins de santé et une autoefficacité accrue en prévention de la grossesse; de plus, elles exprimaient des intentions plus fermes d'utiliser un moyen contraceptif et d'adopter des stratégies de réduction des risques d'ITS.

RÉFÉRENCES

- 1 Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*. 1992;111;3:455.
- 2 Fisher WA, Fisher JD. Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: Theory and method. *Annual Review of Sex Research*. 1998;9;1:39-76.
- 3 Fisher WA, Fisher JD, Shuper PA. Social psychology and the fight against AIDS: An information-motivation-behavioral skills model for the prediction and promotion of health behavior change. *Advances in Experimental Social Psychology*. 2014;50:105-93.
- 4 Fuller TR, White CP, Chu J, Dean D, Clemmons N, Chaparro C, et al. Social determinants and teen pregnancy prevention: Exploring the role of nontraditional partnerships. *Health promotion practice*. 2018;19(1):23-30.
- 5 Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. 1980.
- 6 Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ. 1986.
- 7 Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*. 2004;31;2:143-64.
- 8 Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. 1975.
- 9 Prochaska JA, Velicer, W.F. The transtheoretical model of health change. *American Journal of Health Promotion* 1997;12;1:38-48.
- 10 UNESCO. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité: une approche factuelle. Paris, France: Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. 2018.
- 11 Morales A, Espada JP, Orgilés M, Escribano S, Johnson BT, Lightfoot M. Interventions to reduce risk for sexually transmitted infections in adolescents: A meta-analysis of trials, 2008-2016. *PloS One*. 2018;13;6: e0199421.
- 12 Johns MM, Beltran O, Armstrong HL, Jayne PE, Barrios LC. Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention*. 2018;39;3:263-301.
- 13 Sánchez-Fuentes MdM, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2014;14; 67-75.
- 14 Chang SJ, Choi S, Kim S-A, Song M. Intervention strategies based on information-motivation-behavioral skills model for health behavior change: A systematic review. *Asian Nursing Research*. 2014;8;3:172-81.
- 15 Morrison-Beedy D, Jones SH, Xia Y, Tu X, Crean HF, Carey MP. Reducing sexual risk behavior in adolescent girls: results from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*. 2013;52;3:314-21.
- 16 Knight R, Karamouzian M, Salway T, Gilbert M, Shoveller J. Online interventions to address HIV and other sexually transmitted and blood-borne infections among young gay, bisexual and other men who have sex with men: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20;3: e25017.

- 17 Lopez LM, Tolley EE, Grimes DA, Chen-Mok M. Theory-based interventions for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; 11.
- 18 Fisher WA. Understanding human papillomavirus vaccine uptake. *Vaccine*. 2012;30:F149-F56.
- 19 Mustanski B, Greene GJ, Ryan D, Whitton SW. Feasibility, acceptability, and initial efficacy of an online sexual health promotion program for LGBT youth: the Queer Sex Ed intervention. *The Journal of Sex Research*. 2015;52;2:220-30.
- 20 Fullerton T, Rye B, Meaney GJ, Loomis C. Condom and hormonal contraceptive use by young women: An information-motivation-behavioral skills assessment. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2013;45;3:196.
- 21 Crosby RA, Salazar LF, Yarber WL, Sanders SA, Graham CA, Head S, et al. A theory-based approach to understanding condom errors and problems reported by men attending an STI clinic. *AIDS and Behavior*. 2008;12;3:412-8.
- 22 Jones J, Tiwari A, Salazar LF, Crosby RA. Predicting condom use outcomes via the information motivation behavioral skills model: An analysis of young black men. *International Journal of Sexual Health*. 2018;30;1:1-11.
- 23 Bazargan M, Stein JA, Bazargan-Hejazi S, Hindman DW. Using the information-motivation behavioral model to predict sexual behavior among underserved minority youth. *Journal of School Health*. 2010;80;6:287-95.
- 24 Rye B, Yessis J, Brunk T, McKay A, Morris S, Meaney GJ. Outcome evaluation of Girl Time: Grade 7/8 healthy sexuality program. *Canadian Journal of Human Sexuality*. 2008;17; 1-2: 15-36.
- 25 Robertson AR, St. Lawrence J, Morse DT, Baird-Thomas C, Liew H, Gresham K. The healthy teen girls project: Comparison of health education and STD risk reduction intervention for incarcerated adolescent females. *Health Education & Behavior*. 2011;38;3:241-50.
- 26 Zhang H, Liao M, Nie X, Pan R, Wang C, Ruan S, et al. Predictors of consistent condom use based on the information-motivation-behavioral Skills (IMB) model among female sex workers in Jinan, China. *BMC Public Health*. 2011;11;1:113.
- 27 Mittal M, Senn TE, Carey MP. Intimate partner violence and condom use among women: Does the information-motivation-behavioral skills model explain sexual risk behavior? *AIDS and Behavior*. 2012;16;4:1011-9.
- 28 Guse K, Levine D, Martins S, Lira A, Gaarde J, Westmorland W, et al. Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*. 2012;51;6:535-43.
- 29 Kennedy SB, Nolen S, Applewhite J, Pan Z, Shamblen S, Vanderhoff KJ. A Quantitative study on the condom-use behaviors of eighteen-to twenty-four-year-old urban African American males. *AIDS Patient Care and STDs*. 2007;21;5:306-20.

- 30 Markham CM, Shegog R, Leonard AD, Bui TC, Paul ME. + CLICK: Harnessing web-based training to reduce secondary transmission among HIV-positive youth. *AIDS Care*. 2009;21;5:622-31.
- 31 Snead M, O'Leary A, Mandel M, Kourtis A, Wiener J, Jamieson D, et al. Relationship between social cognitive theory constructs and self-reported condom use: Assessment of behaviour in a subgroup of the Safe in the City trial. *BMJ Open*. 2014;4;12; e006093.
- 32 Gold MA, Tzilos GK, Stein L, Anderson BJ, Stein MD, Ryan CM, et al. A randomized controlled trial to compare computer-assisted motivational intervention with didactic educational counseling to reduce unprotected sex in female adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2016;29;1:26-32.
- 33 Myers JJ, Shade SB, Rose CD, Koester K, Maiorana A, Malitz FE, et al. Interventions delivered in clinical settings are effective in reducing risk of HIV transmission among people living with HIV: results from the Health Resources and Services Administration (HRSA)'s Special Projects of National Significance Initiative. *AIDS and Behavior*. 2010;14;3:483-92.
- 34 Lee JT, Tsai JL. Transtheoretical model-based postpartum sexual health education program improves women's sexual behaviors and sexual health. *The journal of sexual medicine*. 2012;9;4:986-96.
- 35 Levesque DA, Johnson JL, Welch CA, Prochaska JM, Paiva AL. Teen dating violence prevention: Cluster-randomized trial of Teen Choices, an online, stage-based program for healthy, nonviolent relationships. *Psychology of violence*. 2016;6;3:421.
- 36 Escribano S, Espada J, Morales A, Orgilés M. Mediation analysis of an effective sexual health promotion intervention for Spanish adolescents. *AIDS and Behavior*. 2015;19;10:1850-9.
- 37 Gerend MA, Shepherd JE. Predicting human papillomavirus vaccine uptake in young adult women: comparing the health belief model and theory of planned behavior. *Annals of Behavioral Medicine*. 2012;44;2:171-80.
- 38 Tyson M, Covey J, Rosenthal HE. Theory of planned behavior interventions for reducing heterosexual risk behaviors: A meta-analysis. *Health Psychology*. 2014;33;12:1454.
- 39 Espada JP, Morales A, Guillén-Riquelme A, Ballester R, Orgilés M. Predicting condom use in adolescents: A test of three socio-cognitive models using a structural equation modeling approach. *BMC Public Health*. 2015;16;1:35.
- 40 Swartz LH, Sherman CA, Harvey SM, Blanchard J, Vawter F, Gau J. Midlife women online: Evaluation of an internet-based program to prevent unintended pregnancy & STIs. *Journal of Women & Aging*. 2011;23;4:342-59.

LA PLANIFICATION, LA PRESTATION, ET L'ÉVALUATION D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE

La présente section offre des informations utiles pour le processus de la planification, de la prestation et de l'évaluation de nouveaux programmes d'éducation complète à la santé sexuelle.

DEUX APPROCHES SONT DÉCRITES :

La première est un cadre élémentaire pour l'examen et la planification, la prestation ainsi que l'évaluation; ce cadre pourrait être utile dans le cas de programmes dont l'ampleur et les objectifs sont relativement limités.

La seconde approche, la cartographie d'interventions, est un cadre de travail exhaustif et détaillé qui conviendra mieux aux programmes de plus grande envergure qui incluent de multiples objectifs et qui ont plus de ressources.

Ces approches sont abordées ici afin d'illustrer le processus de la planification, de la prestation et de l'évaluation dans le contexte de la création de nouveaux programmes. Des éléments des deux approches peuvent servir également à évaluer et à modifier des programmes existants.

Un point de départ pour évaluer un programme consiste à examiner dans quelle mesure il est au diapason avec les *Principes fondamentaux d'une éducation complète à la santé sexuelle*. Une liste de vérification pour évaluer des programmes existants au regard des *Principes fondamentaux* est présentée ci-dessous.

LIGNES DIRECTRICES

LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION ET CURRICULUMS RELATIFS À LA SANTÉ SEXUELLE DEVRAIENT ÊTRE ÉVALUÉS AFIN D'ÉTABLIR DANS QUELLE MESURE ILS SONT AU DIAPASON AVEC LES PRINCIPES FONDAMENTAUX D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE.

Les programmes d'éducation et curriculums qui se révèlent non conformes aux *Principes fondamentaux* devraient être modifiés pour s'y harmoniser. Les programmes et curriculums existants devraient également être évalués quant à leur efficacité pour l'atteinte des objectifs qu'ils comportent.

POUR ASSURER ET MAINTENIR L'EFFICACITÉ, LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE DEVRAIENT UTILISER-À TOUT LE MOINS-UN PROCESSUS ÉLÉMENTAIRE EN TROIS ÉTAPES DISTINCTES : EXAMEN ET PLANIFICATION, PRESTATION, ET ÉVALUATION (VOIR FIGURE 1).

Cette approche est utile dans le cas de programmes dont les objectifs programmatiques sont limités ou dont l'ampleur et les ressources sont limitées.

LA PHASE D'EXAMEN ET DE PLANIFICATION DEVRAIT ÉTABLIR LES BESOINS D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE DU PUBLIC CIBLE, EN CE QUI CONCERNE L'INFORMATION, LES ATTITUDES/MOTIVATIONS ET LES HABILETÉS COMPORTEMENTALES. LES BUTS DU PROGRAMME ET DE L'ÉVALUATION DEVRAIENT ÉGALEMENT ÊTRE ÉTABLIS.

Par exemple, des questionnaires peuvent être utiles pour examiner le degré actuel d'information, de motivation et d'habiletés comportementales du public cible concernant des éléments spécifiques de la santé et du bien-être sexuels.

DANS LA PHASE DE LA PRESTATION, LES RESPONSABLES DE LA PLANIFICATION ET LES PERSONNES ENSEIGNANTES DEVRAIENT PRÉSENTER DES ACTIVITÉS DE PROGRAMME ET DU MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE QUI SOIENT FONDÉS SUR LES CONCLUSIONS DE L'EXAMEN, LES BUTS/OBJECTIFS ÉTABLIS ET LES RECHERCHES AYANT LIVRÉ DES DONNÉES PROBANTES, DE MÊME QUE SUR LA THÉORIE.

Les programmes devraient combler les lacunes des réponses aux besoins du public cible touchant la santé et le bien-être sexuels.

ON DEVRAIT RECOURIR À DES MESURES ÉVALUATIVES AFIN DE DÉTERMINER SI UN PROGRAMME D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE A RÉUSSI À ATTEINDRE SES OBJECTIFS ÉNONCÉS.

Des résultats d'évaluation permettent aux responsables de la planification de programmes de cerner des forces et faiblesses d'un programme d'éducation à la santé sexuelle et, au besoin, d'y apporter des modifications propices à accroître son efficacité.

LA CARTOGRAPHIE D'INTERVENTIONS CONSTITUE UN CADRE EXHAUSTIF ET DÉTAILLÉ POUR LE DÉVELOPPEMENT DE PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ FONDÉS À LA FOIS SUR LA THÉORIE ET SUR LES DONNÉES PROBANTES.

Le processus de cartographie d'interventions comporte six étapes :

1	évaluer les besoins;
2	préciser les résultats du programme;
3	sélectionner des méthodes d'intervention fondées sur la théorie et sur les données probantes, de même que des applications concrètes;
4	concevoir et organiser le programme;

5	préciser les plans d'adoption et de mise en œuvre; et
6	produire un plan d'évaluation.

Ce cadre de travail peut être utile aux programmes de plus grande envergure ou dotés d'objectifs multiples.

LES PRINCIPES FONDAMENTAUX D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE : UNE LISTE DE VÉRIFICATION POUR ÉVALUER DES PROGRAMMES/CURRICULUMS EXISTANTS

La liste de vérification suivante, adaptée des *Principes fondamentaux d'une éducation complète à la santé sexuelle*, peut être utilisée comme méthode élémentaire pour l'évaluation de programmes et curriculums existants d'éducation à la santé sexuelle. La liste d'éléments peut être adaptée selon le public visé par le programme et selon les objectifs spécifiques énoncés.

Le programme/curriculum d'éducation à la santé sexuelle :

- Est accessible à tous les individus d'un public cible, répond aux besoins spécifiques d'apprentissage de cet auditoire, et est adapté à sa culture
- Respecte et favorise les droits de la personne, incluant la prise de décision autonome et le respect des droits d'autrui
- Est scientifiquement exact et emploie des méthodes pédagogiques fondées sur des données probantes
- Est généraliste dans sa portée et sa profondeur et aborde un éventail de sujets pertinents aux objectifs du programme/curriculum
- Inclut les identités et les expériences vécues des personnes LGBTQI2+
- Favorise l'égalité des genres et la prévention de la violence sexuelle et fondée sur le genre

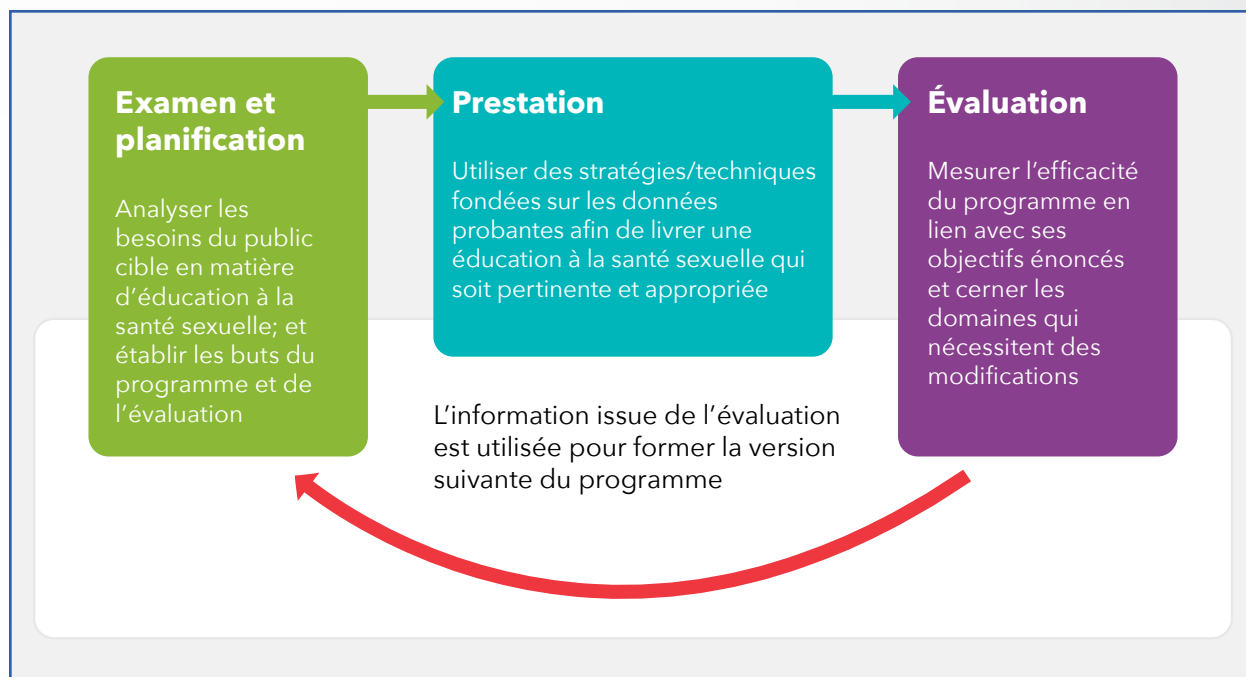
- Intègre une approche équilibrée à la promotion de la santé sexuelle, incluant les aspects positifs de la sexualité et des relations ainsi que la prévention des résultats pouvant avoir des effets néfastes sur la santé et le bien-être sexuels
- Intègre les enjeux émergents liés à la santé et au bien-être sexuels et y répond (p. ex., aborde les compétences de littératie médiatique/numérique)
- Est fourni par des personnes enseignantes qui détiennent les connaissances et les compétences pour donner une éducation complète à la santé sexuelle et qui reçoivent du soutien administratif pour ce travail
- Inclut un processus d'examen et de planification, de prestation ainsi que d'évaluation

PRINCIPES FONDAMENTAUX POUR L'EXAMEN ET LA PLANIFICATION, LA PRESTATION ET L'ÉVALUATION

Pour être efficaces, des programmes/initiatives même relativement brefs en matière d'éducation à la santé sexuelle doivent passer par un processus élémentaire de planification, de prestation et d'évaluation.

Les trois étapes résumées ci-dessous présentent un aperçu de la manière de procéder pour cette démarche (voir la Figure 1). À chaque étape, le modèle information motivation habiletés comportementales (IMHC)^{1,2,3} (utilisé pour illustrer les éléments d'une éducation complète à la santé sexuelle; voir la section Buts et éléments clés) est appliqué afin de présenter un exemple de l'utilisation possible de modèles théoriques dans le développement, la création et l'évaluation de programmes d'éducation sexuelle.

Figure 1: Processus en trois étapes pour une éducation complète à la santé sexuelle



ÉTAPE 1 : EXAMEN ET PLANIFICATION

EXAMEN

- Examiner les besoins d'éducation à la santé sexuelle du public cible

Des programmes efficaces d'éducation à la santé sexuelle sont basés sur une analyse générale et une compréhension d'ensemble des besoins individuels, communautaires et sociaux.

Un examen des besoins porte sur les conditions au sein d'une communauté ou d'un public cible afin d'établir la nature de ses besoins, ou la profondeur ou la portée de ceux-ci. Ce processus nécessite de collaborer avec des personnes à qui le programme sera fourni.

Lorsque possible, on devrait adopter une approche communautaire afin de collecter l'information qui servira à réaliser l'examen (c.-à-d. impliquer le public cible de manière significative pour mieux comprendre ses besoins spécifiques).

Les planificateurs et planificatrices de programmes devraient envisager de réaliser une analyse des besoins et/ou une étude de faisabilité (c.-à-d. une étude évaluant l'applicabilité concrète du programme). L'information issue d'une analyse des besoins et d'une étude de faisabilité les renseignera sur les types de programmes nécessaires et indiquera si le programme est approprié du point de vue du temps, des ressources et du public cible.
- Établir des données de référence sur la situation actuelle des éléments spécifiques suivants, en lien avec la santé sexuelle : attitudes, croyances, normes sociales, connaissances, motivation, comportements et résultats communautaires. La création de ce portrait initial peut être réalisée à l'aide de diverses méthodes, comme les données existantes, des groupes de discussion, des entrevues ainsi que des sondages auprès d'un sous-échantillon représentatif du public cible.
- Utiliser l'information tirée de cet examen afin d'établir des objectifs spécifiques de programme.

ÉTAPE 1 : EXAMEN ET PLANIFICATION

PLANIFICATION

- Deux types de planification doivent être pris en considération : la planification du programme proprement dit (c.-à-d. les activités) et la planification de l'évaluation de ce programme.
- La planification de programme devrait intégrer l'évaluation dès les premières phases de la planification. Une évaluation minutieuse des programmes permet de faire en sorte que les résultats d'apprentissage soient clairement définis dès le départ et de vérifier s'ils sont atteints avec le temps, ce qui peut à terme orienter la prestation du programme et sa modification. La planification et la conception de programmes devraient se fonder sur des conclusions de recherches à jour, des évaluations d'autres programmes et une évaluation des besoins.
- Établir les activités (à l'aide des pratiques exemplaires, de stratégies éclairées par des preuves, et d'information), les résultats visés et les méthodes pour la collecte de données.
- Déterminer quelles méthodes serviront à l'analyse des résultats (à court, moyen et/ou long terme).
- Établir les rôles et responsabilités en collaboration avec les dépositaires d'enjeux.
- Élaborer un modèle logique ou un plan d'évaluation et veiller à ce que tous les dépositaires d'enjeux à impliquer soient en accord avec le plan. Le plan doit être raisonnable, faisable, et acceptable pour les dépositaires d'enjeux.
- Faire en sorte que les personnes enseignantes et les animateur(-trice)s de programme aient une formation suffisante pour réaliser le programme; et s'assurer que le programme soit mis en œuvre de façon similaire par l'ensemble des intervenant-es.

ÉTAPE 1 : EXAMEN ET PLANIFICATION

- Établir comment le programme sera évalué. L'évaluation de la prestation de programme prend plusieurs formes, y compris l'évaluation du processus et l'évaluation des *résultats*.

Le but d'une évaluation de processus est d'améliorer le fonctionnement d'un programme existant; cette évaluation se concentre sur ce que le programme fait et pour qui.

Le but d'une évaluation des résultats est d'examiner l'impact d'un programme; ce type d'évaluation porte sur les changements réalisés en raison du programme et sur la question de savoir si le programme a l'effet voulu qui est énoncé dans ses objectifs.

Le plan d'évaluation devrait être intégré dans le plan général du programme, avant même son lancement. Ceci est particulièrement important pour l'évaluation des résultats. Afin d'établir si un programme a fait une différence ou pas, on doit comprendre où en étaient les choses avant sa mise en œuvre (p. ex., les connaissances, les attitudes, les croyances).

EXEMPLE

Une analyse des besoins dans un campus universitaire pourrait indiquer que les étudiant-es LGBTQI2+ déclarent des expériences de discrimination et de marginalisation. Par conséquent, un objectif du programme pourrait être de rehausser l'acceptation des personnes de toute la diversité des genres et des sexualités.

Dans la phase d'examen, un sous-échantillon d'étudiant-es pourrait être sélectionné afin de remplir un questionnaire visant à mesurer :

- Leurs connaissances liées à la diversité des identités et expressions sexuelles et de genre (information);
- Leurs attitudes, perceptions et normes sociales à l'égard des identités et expressions sexuelles et de genre (motivation); et
- Leurs habiletés et leur confiance en leur propre capacité de déceler des cas d'homophobie, de transphobie, etc., et de communiquer à ce sujet (habiletés comportementales).

ÉTAPE 2 : PRESTATION

- Mettre en œuvre le programme d'éducation à la santé sexuelle en se basant sur les conclusions de l'examen et les objectifs énoncés.
- Intégrer du matériel de programme qui est fondé sur les données probantes.
- Appliquer des éléments basés sur la théorie afin d'atteindre les objectifs du programme.
- Pour chaque groupe cible, répondre aux éléments lacunaires en lien avec les objectifs du programme et avec les besoins de l'individu.
- Mettre à profit les atouts existants afin d'atteindre les objectifs du programme (p. ex., partenariats communautaires, structures physiques, sites où des programmes se déroulent).
- Surveiller les activités du programme par rapport à sa conception.

EXEMPLE

Si l'étape de l'examen d'une intervention a établi que les aîné-es sont à risque accru pour des ITS, l'étape interventionnelle pourrait être conçue pour accroître leur utilisation de méthodes barrières.

L'intervention serait conçue pour :

- Combler les lacunes dans les connaissances au sein du groupe cible (information);
- Renforcer les points de vue personnels au sein du groupe, à propos de l'utilisation de méthodes barrières, et aider les individus à personnaliser les risques d'ITS (motivation); et
- Intégrer des exercices de rôle pour aider les individus à apprendre comment négocier l'utilisation de méthodes barrières avec leurs partenaires et à savoir comment les utiliser (habiletés comportementales).

ÉTAPE 3 : ÉVALUATION

- L'évaluation est nécessaire afin de déterminer si le programme atteint ses objectifs. Par conséquent, les méthodes d'évaluation devraient être axées directement sur les objectifs spécifiques établis lors de l'étape d'examen et de planification.
- La recherche évaluative permet aux planificateurs et planificatrices de programmes d'identifier des forces et des faiblesses du programme, de manière à ce que des modifications puissent être apportées, au besoin, afin d'accroître l'efficacité du programme.
- L'évaluation devrait inclure également un mécanisme afin de déceler tout résultat non intentionnel qui se produirait, indépendamment des objectifs énoncés du programme. De tels résultats non intentionnels pourraient par ailleurs mettre en relief des atouts ou des faiblesses du programme qui n'ont pas été révélés par la simple analyse des objectifs énoncés.
- Il est important que les planificateurs et planificatrices de programmes considèrent les facteurs pouvant influencer la validité des constats de l'évaluation, et y répondent.

Lorsque possible, l'évaluation de nouveaux programmes devrait inclure un groupe de contrôle afin de vérifier si les changements observés sont bel et bien un résultat du programme et non une conséquence d'influences externes.

Lorsqu'il y a un groupe de contrôle, les planificatrices et planificateurs de programmes peuvent s'assurer que tous les individus du public cible profitent des avantages potentiels du programme évalué, en leur offrant une version modifiée/améliorée de celui-ci à la fin du processus d'évaluation (c.-à-d., une mise en œuvre par étapes).

L'utilisation d'une combinaison de types de mesures (quantitatives et qualitatives) peut accroître la fiabilité des résultats de l'évaluation.

Il est nécessaire de documenter également l'étendue de la mise en œuvre du programme ainsi que sa qualité (c.-à-d., évaluer le processus). Si un programme n'atteint pas ses objectifs, il est important de savoir si c'est en raison de composantes centrales du programme ou à cause d'autres facteurs (p. ex., si le programme n'a pas été mis en œuvre comme planifié, si les mesures de l'évaluation manquaient de sensibilité/spécificité, ou si l'évaluation a été mal réalisée).

ÉTAPE 3 : ÉVALUATION

- Les planificateurs et planificatrices du programme devraient examiner si leurs procédures d'évaluation nécessitent l'approbation d'un comité d'éthique de la recherche. Par exemple, les projets mis en œuvre par étape ou comportant un groupe de contrôle devraient être évalués afin d'éviter que des préjudices potentiels résultent de ces procédures d'évaluation.

EXEMPLE

La phase d'évaluation d'un programme communautaire d'éducation à la santé sexuelle portant sur la prévention des cancers liés au VPH pourrait inclure les étapes suivantes :

- Établir les objectifs spécifiques et mesurables du programme, qui sont, dans ce cas :
 - 1) Rehausser les connaissances sur le VPH
 - 2) Accroître les comportements de prévention contre le VPH
- Au début du programme, les participant-es rempliraient un questionnaire évaluant :
 - Leurs connaissances sur la prévalence, les causes et les mesures préventives concernant les cancers associés au VPH (information)
 - Leurs attitudes personnelles à l'égard de l'adoption des précautions nécessaires pour réduire leur risque de cancer associé au VPH (motivation) ainsi
 - Que leur perception de leurs habiletés et compétences pour modifier les comportements à risque (p. ex., utilisation de méthodes barrières) et pour recourir à des services de dépistage/vaccination afin de réduire le risque de cancer associé au VPH (habiletés comportementales).

EXEMPLE

- Le questionnaire pourrait évaluer directement l'occurrence et la fréquence des comportements à risque (p. ex., le sexe oral, anal ou vaginal sans méthode barrière). Dans ce cas, le questionnaire devrait demander aux participant-es s'ils/elles ont été dépistés pour le cancer du col ou le cancer anal, et le cas échéant, à quelle fréquence; et établir également si les participant-es ont reçu un vaccin contre le VPH.
- Utiliser une approche graduelle pour la mise en œuvre : répartir au hasard, entre deux groupes, les individus (ou toute autre unité recevant le programme, p. ex. des classes ou des écoles) ayant rempli le questionnaire :
 - 1) un groupe de contrôle qui ne reçoit pas le nouveau programme d'éducation à la santé sexuelle (ou qui reçoit une version standard du programme, jusqu'à la complétion de l'évaluation du nouveau) et
 - 2) un groupe expérimental qui reçoit la nouvelle intervention.
- Dans le cadre du processus d'évaluation, on ferait remplir de nouveau le questionnaire par les deux groupes après le programme, pour mesurer l'ampleur du changement dans chaque domaine visé et ainsi déterminer l'efficacité du programme.
- Les planificateurs et planificatrices du programme examineraient les résultats afin d'identifier les aspects du programme qui sont à modifier. Le groupe de contrôle recevrait ensuite la version modifiée/améliorée du programme.

CARTOGRAPHIE D'INTERVENTIONS

La cartographie d'interventions offre un cadre de travail pour développer des programmes fondés sur la théorie et sur les données probantes, en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies.^{4,5} Il s'agit d'un processus logique composé d'une série d'étapes séquentielles et itératives pour guider le développement d'interventions fondées sur les données probantes et sur la théorie.

La cartographie d'interventions suit un processus structuré et détaillé pour faire en sorte que les interventions soient fondées sur les besoins des publics cibles, éclairées par la théorie et les données, et sensibles aux circonstances organisationnelles, environnementales et culturelles du contexte où elles s'intègrent.⁶

L'approche de la cartographie d'interventions a été utilisée pour planifier et développer un éventail d'initiatives de promotion de la santé, et peut servir à concevoir également des programmes d'éducation à la santé sexuelle assortis d'une grande variété d'objectifs.

Par exemple, elle a été utilisée pour développer des programmes visant :

- l'augmentation et l'amélioration de la communication parents-enfants au sujet de la sexualité⁶
- la promotion du dépistage des ITS chez les jeunes⁷
- la mise en œuvre de programmes de prophylaxie pré-exposition au VIH⁸
- la création d'un site Web et d'une application Web pour accroître le recours des jeunes à des services de santé sexuelle⁹
- la réduction des préjugés liés à l'orientation sexuelle parmi des élèves du niveau secondaire¹⁰
- la sélection et la dissémination de programmes d'éducation à la santé sexuelle fondés sur des données probantes.¹¹

LA CARTOGRAPHIE D'INTERVENTIONS DÉCRIT LE PROCESSUS DU DÉVELOPPEMENT DE PROGRAMMES

1. L'ÉVALUATION DES BESOINS

Faites participer pleinement les membres de la communauté et autres dépositaires d'enjeux dans l'identification de l'enjeu de santé ou du besoin d'éducation, de même que des facteurs individuels ou environnementaux qui en font partie ou y contribuent.

Par exemple, des statistiques sur la santé sexuelle du groupe de population en cause peuvent être utiles pour cerner le besoin d'un programme d'éducation à la santé sexuelle. Des séances de discussion de groupe et des questionnaires d'analyse des besoins peuvent contribuer à cerner les besoins spécifiques du groupe.

2. L'IDENTIFICATION DES BUTS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU PROGRAMME

Sur la base de l'évaluation des besoins, les responsables de la planification du programme en consultation avec les principaux dépositaires d'enjeux identifient ce qu'ils espèrent voir changer grâce au programme d'éducation à la santé sexuelle.

- Que doivent apprendre les individus?
- Quelles informations, attitudes ou habiletés comportementales devraient être visées?
- Si le programme est destiné à viser spécifiquement des facteurs environnementaux qui échappent au contrôle des individus, que doit-on changer dans l'environnement afin que le programme atteigne ses objectifs?
- Bref, quels sont les déterminants du changement individuel et communautaire?

3. LA SÉLECTION DU/DES MODÈLES THÉORIQUES APPROPRIÉS ET DES STRATÉGIES

Choisissez un modèle théorique qui correspond le mieux possible aux objectifs spécifiques du programme d'éducation à la santé sexuelle (p. ex., modèle IMHC, théorie sociocognitive, théorie du comportement planifié).

Le modèle choisi peut ensuite être utilisé pour développer et enrichir les stratégies/méthodes qui propices à l'atteinte des objectifs spécifiques du programme.

4. LA CONCEPTION DU PROGRAMME

Les responsables de la planification du programme organisent les stratégies/méthodes en un programme réaliste, applicable et pertinent au public cible et au contexte.

5. LE DÉVELOPPEMENT D'UN PLAN DE MISE EN ŒUVRE

Développez un plan fondé sur les données probantes, pour l'adoption, la mise en œuvre et la viabilité du programme.

- Ceci inclut un plan d'exécution spécifique des interactions et échanges d'information entre les personnes qui livrent le programme et celles qui le reçoivent.

6. LE DÉVELOPPEMENT D'UN PLAN D'ÉVALUATION DU PROGRAMME

Préparez un plan d'évaluation afin de mesurer l'effet du programme relativement à l'atteinte de ses objectifs spécifiques.

Une évaluation de processus peut être utile également pour examiner comment le programme pourrait être amélioré, la prochaine fois qu'il est présenté.

Procédez à des évaluations des résultats et du processus.

RÉFÉRENCES

- 1 Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychological bulletin*. 1992;111; 3: 455.
- 2 Fisher WA, Fisher JD. Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: Theory and method. *Annual Review of Sex Research*. 1998;9;1: 39-76.
- 3 Fisher WA, Fisher JD, Shuper PA. Social psychology and the fight against AIDS: An information-motivation-behavioral skills model for the prediction and promotion of health behavior change. *Advances in experimental social psychology*. 2014;50: 105-93.
- 4 Bartholomew LKE, Markham CM, Ruiter RA, Kok G, Fernandez ME, Parcel GS. *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach*. San Francisco, CA, 2016.
- 5 Garba RM, Gadanya MA. The role of intervention mapping in designing disease prevention interventions: A systematic review of the literature. *PloS One*. 2017;12;3: e0174438.
- 6 Newby K, Bayley J, Wallace LM. "What should we tell the children about relationships and sex?"©: Development of a program for parents using intervention mapping. *Health Promotion Practice*. 2011;12;2:209-28.
- 7 Wolfers M, de Zwart O, Kok G. The systematic development of ROsafe: An intervention to promote STI testing among vocational school students. *Health Promotion Practice*. 2012;13; 3: 378-87.
- 8 Flash CA, Frost EL, Giordano TP, Amico KR, Cully JA, Markham CM. HIV pre-exposure prophylaxis program implementation using intervention mapping. *American Journal of Preventive Medicine*. 2018;54;4: 519-29.
- 9 Newby KV, Brown KE, Bayley J, Kehal I, Caley M, Danahay A, et al. Development of an intervention to increase sexual health service uptake by young people. *Health Promotion Practice*. 2017;18;3: 391-9.
- 10 Mevissen FE, Kok G, Watzeels A, van Duin G, Bos AE. Systematic development of a Dutch school-based sexual prejudice reduction program: An intervention mapping approach. *Sexuality Research and Social Policy*. 2018;15; 433-451.
- 11 Hernandez BF, Peskin MF, Shegog R, Gabay EK, Cuccaro PM, Addy RC, et al. iCHAMPSS: Usability and psychosocial impact for increasing implementation of sexual health education. *Health Promotion Practice*. 2017;18;3: 366-80.

PERSONNES ENSEIGNANTES ET LIEUX DE PRESTATION D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE

Afin que l'éducation complète à la santé sexuelle soit accessible à toutes les personnes, au Canada, de multiples secteurs de la société doivent prendre part à sa prestation.

La présente section identifie les personnes et les milieux qui ont des rôles clés à jouer pour assurer un accès équitable à l'éducation complète à la santé sexuelle à toutes les étapes de la vie. Une liste aide-mémoire pour la prestation de programmes brefs d'éducation à la santé sexuelle dans divers milieux est présentée plus bas.

LIGNES DIRECTRICES

POUR FAIRE EN SORTE QUE L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE SOIT ACCESSIBLE À TOUTES LES PERSONNES, AU CANADA, CETTE ÉDUCATION DEVRAIT ÊTRE OFFERTE DANS, ET PAR, UNE DIVERSITÉ DE MILIEUX PERTINENTS.

Ces milieux incluent :

- Le domicile
- Les écoles, collèges et universités
- Les unités/départements de santé publique
- Le milieu des soins de santé (hôpitaux, cliniques de santé publique/communautaire, cabinets de soins primaires, unités de santé ou bureaux de soins infirmiers des campus de collèges/universités)

- Les établissements de soins de santé de courte et de longue durée servant des enfants, jeunes, adultes et aîné-es qui ont des handicaps ou des maladies chroniques
- Les organismes communautaires servant des aîné-es (p. ex., soins de longue durée); LGBTQI2+ jeunes et adultes; Autochtones, y compris communautés des Premières Nations, inuites et métisses; minorités ethnoculturelles, nouveaux arrivants et communautés d'immigrants; jeunes et adultes impliqués dans la vie de rue; personnes logées de façon vulnérable; personnes qui consomment des drogues; et travailleuse(-eur)s du sexe
- Les institutions religieuses (p. ex., églises, mosquées, synagogues, temples)
- Les établissements correctionnels et de détention

LES DÉCIDEURS ET DÉCIDEUSES POLITIQUES DEVRAIENT S'ASSURER QUE LES INDIVIDUS ET GROUPES QUI TRAVAILLENT DANS LES DIVERS MILIEUX PERTINENTS DISPOSENT DES RESSOURCES ET OCCASIONS DE FORMATION NÉCESSAIRES À ACCROÎTRE LEUR CAPACITÉ DE FOURNIR UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE.

Ces individus et groupes incluent :

- Parents, tuteurs/tutrices et membres de la famille élargie
- Aîné-es de la communauté et autres leaders communautaires
- Enseignants et enseignantes, adjoint-es d'enseignement, infirmier(-ère)s en milieu scolaire, conseiller(-ère)s et autres intervenant-es formé-es pour l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles (p. ex., enseignant-es spécialement formé-es pour l'éducation à la santé sexuelle; intervenant-es en éducation à la santé sexuelle œuvrant pour des organismes communautaires)
- Infirmier(-ères), médecins et éducateur(-trice)s travaillant pour des départements de santé publique/communautaire

- Médecins et personnel infirmier de premier recours
- Membres de professions alliées en matière de santé (p. ex., sages-femmes, doulas, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, intervenant-es en travail social)
- Personnel de santé et d'éducation travaillant avec des enfants, des jeunes, des adultes et des aîné-es qui ont des handicaps physiques, intellectuels ou développementaux, ou des maladies chroniques
- Sages-femmes/doulas autochtones et autres intervenant-es en matière de santé dans des communautés des Premières Nations, inuites ou métisses
- Personnel de services et travaillant auprès de personnes LGBTQI2+, de minorités culturelles, de nouveaux arrivants et communautés d'immigrants, de jeunes et adultes impliqués dans la vie de rue, de personnes logées de façon vulnérable, de personnes qui consomment des drogues, et de travailleuse(-eur)s du sexe
- Personnel d'établissements correctionnels et de détention

LES PARENTS, TUTEURS ET TUTRICES DEVRAIENT RECEVOIR DU SOUTIEN POUR LEUR RÔLE D'ÉDUCATION SEXUELLE AUPRÈS DE LEURS ENFANTS.

Les parents, tuteurs et tutrices ont un rôle crucial et complémentaire à jouer dans l'éducation sexuelle de leurs enfants. Ces adultes donnent des conseils à leurs enfants, leur communiquent des valeurs et établissent des attentes quant aux comportements à l'égard de la sexualité.

Les parents, tuteurs et tutrices devraient être soutenu-es par l'accès à des ressources d'éducation à la santé sexuelle conçues pour répondre à leurs besoins. Le domicile est un endroit clé pour d'importants aspects de l'éducation à la santé sexuelle qui peuvent rehausser l'éducation complète en la matière fournie à l'école et dans d'autres milieux. Les parents, tuteurs et tutrices devraient avoir l'occasion de faire des commentaires constructifs aux écoles à propos des besoins de leurs enfants en matière d'éducation à la santé sexuelle.

LES MINISTÈRES DE L'ÉDUCATION DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES DEVRAIENT S'ASSURER QUE LES ENFANTS REÇOIVENT À L'ÉCOLE UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE QUI SOIT APPROPRIÉE À L'ÂGE, DU DÉBUT DE L'ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE JUSQU'À LA FIN DE L'ÉCOLE SECONDAIRE.

Tous les ministères de l'Éducation des provinces et des territoires exigent que les jeunes reçoivent une certaine forme d'éducation à la santé sexuelle.

Puisque les écoles sont les seuls établissements formels d'éducation qui ont un contact significatif (et obligatoire) avec presque toutes les jeunes personnes, elles sont dans une position incomparable pour fournir aux enfants, aux jeunes ainsi qu'aux jeunes adultes une éducation complète à la santé sexuelle qui leur inculque les connaissances, la motivation et les habiletés dont ils et elles auront besoin pour prendre et appliquer, pendant toute leur vie, des décisions propices à la santé et au bien-être sexuels.

Il est donc essentiel que les écoles donnent, dès le début des premières années scolaires et jusqu'à la fin du cours secondaire, une éducation à la santé sexuelle qui soit conforme aux Principes fondamentaux d'une éducation complète à la santé sexuelle.

LES ENSEIGNANTS ET ENSEIGNANTES, ADJOINT-ES D'ENSEIGNEMENT, INFIRMIER(-IÈRES) EN MILIEU SCOLAIRE ET AUTRES INTERVENANT-ES FORMÉ-ES QUI FOURNISSENT L'ÉDUCATION SEXUELLE DANS DES ÉCOLES DEVRAIENT AVOIR ACCÈS À SUFFISAMMENT DE RESSOURCES ET D'OCCASIONS DE FORMATION POUR DONNER UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE.

Les enseignants et enseignantes, adjoint-es d'enseignement, infirmier(-ières) en milieu scolaire et autres intervenant-es formé-es en éducation sexuelle (p. ex., des enseignant-es détenant une formation spécifique en éducation à la santé sexuelle), dans les écoles, jouent un rôle essentiel dans la prestation d'une éducation complète à la santé sexuelle aux enfants et aux jeunes.

Les collèges et universités mandatés de la formation pré-emploi des enseignants et enseignantes, infirmier(-ières) et autres intervenant-es en éducation sexuelle devraient être vivement encouragés à offrir un accès à une formation approfondie sur la prestation d'une éducation complète à la santé sexuelle.

Les enseignants et enseignantes, infirmier(-ières) et autres intervenant-es formé-es en éducation sexuelle qui s'occupent de cette éducation dans les écoles devraient avoir accès à des ressources suffisantes pour faire leur travail efficacement, de même qu'à une formation continue et en cours d'emploi ainsi qu'à des occasions à cet effet, pour rehausser leur capacité de fournir efficacement l'éducation complète à la santé sexuelle.

Ceci inclut la formation sur les façons d'appliquer le programme d'éducation en santé sexuelle à diverses populations (p. ex., les élèves LGBTQI2+) et d'enseigner efficacement aux élèves les compétences de littératie médiatique et numérique utiles pour accéder à une information en ligne exacte et exempte de préjugés, relativement à la santé sexuelle.

LES MINISTÈRES DE LA SANTÉ DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES DEVRAIENT S'ASSURER QUE LES UNITÉS/DÉPARTEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE SOIENT SOUTENUS AFIN D'OFFRIR UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE.

Les unités et départements de santé publique, à l'échelle du Canada, fournissent une gamme de services importants de promotion de la santé (p. ex., dépistage et prévention des ITS, prestation d'information sur la santé sexuelle). En offrant ces services, ils sont en bonne position pour fournir une éducation à la santé sexuelle spécifiquement ciblée, à des personnes de tous les âges qui pourraient être privées d'accès auprès d'autres sources.

Les ministères de la Santé des provinces et des territoires devraient soutenir les unités/départements de santé publique dans la prestation d'une éducation complète à la santé sexuelle. Ce soutien devrait inclure d'offrir aux infirmiers(-ières), éducateurs(-trices) et autres intervenant-es des unités/départements de santé publique des occasions de formation continue et en cours d'emploi afin de rehausser leur capacité de donner au public une éducation complète à la santé sexuelle.

LES FOURNISSEURS ET FOURNISSEUSES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LES MEMBRES DES PROFESSIONS ALLIÉES DEVRAIENT RECEVOIR UNE FORMATION INITIALE ET EN COURS D'EMPLOI AFIN DE S'ACQUITTER DE LEURS RÔLES DE SOURCES DIGNES DE CONFIANCE EN MATIÈRE D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE.

Pour plusieurs personnes, au Canada, les professionnel·les des soins de santé primaires (p. ex., les médecins et infirmières(-iers) travaillant dans des cabinets de soins primaires, hôpitaux, cliniques de santé communautaire/publique, centres de santé de campus universitaires et de collèges, et bureaux infirmiers à l'école) sont une source de premier ordre et digne de confiance, en matière d'information sur la santé sexuelle. Les membres des professions alliées en milieu de soins primaires (p. ex., psychologues, intervenant·es en travail social, ergothérapeutes, physiothérapeutes) sont également en position d'offrir une éducation à la santé sexuelle spécifiquement ciblée.

Les collèges et universités qui fournissent une formation en cours d'emploi à des professionnel·les des soins primaires devraient inclure une formation à l'éducation en santé sexuelle qui soit conforme aux Principes fondamentaux d'une éducation complète à la santé sexuelle. Une formation en cours d'emploi, en matière d'éducation à la santé sexuelle, devrait également être conçue pour des milieux spécifiques des soins de santé et offerte aux professionnel·les des soins de santé primaires.

La formation sur les pratiques exemplaires ainsi que sur les compétences pour le travail auprès de personnes LGBTQI2+ et de membres d'autres populations marginalisées est essentielle afin d'assurer que ces populations aient accès à une éducation exacte, habilitante, affirmative et adaptée à leurs besoins spécifiques d'apprentissage en matière de santé sexuelle.

LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE COURTE DURÉE ET DE LONGUE DURÉE POUR ENFANTS, JEUNES, ADULTES ET ÂÎNÉ-ES VIVANT AVEC DES HANDICAPS OU DES MALADIES CHRONIQUES DEVRAIENT OFFRIR L'ACCÈS À UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE.

Les enfants, jeunes, adultes et aîné-es ayant des handicaps développementaux, intellectuels et physiques, de même que les personnes ayant une maladie chronique, manquent souvent d'accès à une éducation en santé sexuelle pertinente à leurs besoins spécifiques. Toute personne a des besoins individuels ainsi que des atouts et des défis qui lui sont propres. L'éducation complète à la santé sexuelle devrait être adaptée aux besoins d'apprentissage spécifiques des client-es. On peut offrir au personnel de ces établissements des occasions d'éducation en cours d'emploi et de formation continue afin de rehausser leur capacité de fournir une éducation complète à la santé sexuelle. Les membres du personnel devraient également recevoir une formation pour diriger les individus vers les services appropriés à leurs besoins.

Une formation en matière de santé sexuelle qui soit conforme aux *Principes fondamentaux d'une éducation complète à la santé sexuelle* devrait être incluse par les collèges et universités qui fournissent la formation initiale aux intervenant-es de première ligne (p. ex., les intervenant-es aux soins, les préposé-es au soutien personnel, les intervenant-es en cours d'apprentissage) travaillant auprès de personnes qui ont un handicap développemental, intellectuel ou physique et/ou une maladie chronique.

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE POUR LES PERSONNES AUTOCHTONES (PREMIÈRES NATIONS, INUITS ET MÉTIS) DOIT ÊTRE CULTURELLEMENT ADAPTÉE ET EMPREINTE DES VALEURS SPÉCIFIQUES DE LA COMMUNAUTÉ À L'ÉGARD DE LA SEXUALITÉ ET DE LA SANTÉ SEXUELLE.

Les peuples autochtones, incluant les communautés des Premières Nations et les communautés inuites et métisses, ont leurs propres traditions, leurs valeurs distinctes ainsi que leurs propres pratiques de communication en ce qui touche la sexualité et la santé sexuelle.

Il est important que les enseignant-es en santé sexuelle aient conscience du contexte historique du colonialisme, de l'impérialisme et du capitalisme, de même que des impacts intergénérationnels de ces phénomènes, pour les personnes Premières Nations, inuites et métisses, en ce qui concerne la sexualité et la santé sexuelle.

Les enseignant-es devraient collaborer activement et respectueusement avec les individus et groupes inuits, métis et des Premières Nations afin d'adapter l'éducation en santé sexuelle selon leurs besoins et valeurs spécifiques.

Il existe, dans les communautés des Premières Nations, inuites et métisses, un éventail d'individus (p. ex., sages-femmes traditionnelles/doulas) et d'organismes communautaires et de santé qui jouent un rôle actif dans la prestation d'éducation à la santé sexuelle. Les décideurs et décideuses devraient s'assurer que ces individus et groupes ont accès à des ressources et occasions de formation suffisantes afin de fournir une éducation complète à la santé sexuelle dans leurs communautés.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES QUI SERVENT DES PERSONNES LGBTQI2+, JEUNES ET ADULTES, SONT DES FOURNISSEURS ESSENTIELS D'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE ET DEVRAIENT RECEVOIR UN FINANCEMENT ADÉQUAT POUR FOURNIR DES SERVICES ET UNE ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE, À L'ÉCHELLE DU CANADA.

Les organismes communautaires ont un rôle essentiel à jouer pour assurer et promouvoir la santé et le bien-être sexuels des personnes LGBTQI2+, jeunes et adultes. En raison de la discrimination persistante et continue, de la violence, de la marginalisation et de la stigmatisation, les personnes LGBTQI2+ rencontrent de nombreux obstacles et défis à l'atteinte et au maintien de la santé et du bien-être sexuels.

Certains jeunes et adultes LGBTQI2+ peuvent manquer d'accès à des programmes d'éducation complète à la santé sexuelle qui répondent à leurs besoins, dans les écoles et les établissements de soins de santé. Par conséquent, il est important que des services d'éducation à la santé sexuelle soit offerts par les organismes communautaires qui se consacrent aux populations LGBTQI2+.

Pour plusieurs jeunes et adultes LGBTQI2+, les organismes communautaires constituent la source la plus importante, sinon la seule, en matière d'éducation et de services en santé sexuelle répondant à leurs besoins particuliers.

Ceci peut être particulièrement préoccupant dans le cas des régions rurales du Canada où les jeunes et adultes LGBTQI2+ ne disposent pas d'un accès adéquat à ces services et à cette éducation. L'accès à des ressources en ligne exactes est essentiel pour les individus qui ne peuvent obtenir de services en personne. Les décideurs et décideuses devraient s'assurer que les organismes communautaires et en ligne qui servent des jeunes et des adultes, au Canada, reçoivent un financement adéquat pour fournir des services et une éducation en matière de santé sexuelle.

LES ORGANISMES SERVANT LES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES, NOUVEAUX ARRIVANTS ET COMMUNAUTÉS D'IMMIGRANTS PEUVENT JOUER UN RÔLE IMPORTANT DANS LA PRESTATION D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE.

Pour que l'éducation complète à la santé sexuelle soit accessible à toutes les personnes, au Canada, il est nécessaire que des programmes conçus pour répondre aux besoins spécifiques des minorités ethnoculturelles, des nouveaux arrivants et des communautés d'immigrants, en matière d'éducation à la santé sexuelle, soient développés et soient rendus accessibles.

L'identité ethnoculturelle influence la sexualité ainsi que les attitudes et comportements ayant trait à la santé sexuelle. Par exemple, des facteurs ethnoculturels peuvent influencer les attitudes quant au mariage, à l'identité et à l'expression de genre, à l'orientation sexuelle, à l'éducation à la santé sexuelle ainsi qu'aux relations sexuelles. Par conséquent, il est important que les minorités ethnoculturelles, les nouveaux arrivants et les communautés d'immigrants reçoivent une éducation sexuelle qui soit adaptée culturellement et inclusive de leurs divers besoins individuels et collectifs.

De pair avec le but de fournir une éducation à la santé sexuelle adaptée à la culture, devrait être pris en compte le droit de toute personne, au Canada, de recevoir une éducation qui soit pleinement conforme aux *Principes fondamentaux d'une éducation complète à la santé sexuelle*.

Les organismes qui servent ces groupes, sur le terrain et en ligne, sont bien placés pour fournir une éducation à la santé sexuelle – et les décideurs et décideuses devraient s’assurer qu’ils disposent de ressources et d’occasions de formation appropriées pour effectuer ce travail. Le personnel de ces organismes devrait recevoir une formation adéquate afin de diriger les individus vers des services appropriés pour leurs besoins.

LES INSTITUTIONS RELIGIEUSES DEVRAIENT S’EFFORCER DE FOURNIR UNE ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE QUI SOIT CONFORME AUX PRINCIPES FONDAMENTAUX D’UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE.

De nombreuses personnes, au Canada, se tournent vers des institutions religieuses (p. ex., églises, mosquées, synagogues, temples) afin d’éclairer leurs valeurs, et cherchent conseil auprès de leurs leaders religieux à propos de la sexualité.

En ce sens, les institutions religieuses peuvent contribuer à la prestation d’éducation à la santé sexuelle. Lorsqu’elles offrent une éducation à la santé sexuelle, elles sont vivement encouragées à consulter les *Lignes directrices canadiennes pour l’éducation en matière de santé sexuelle* et à examiner spécifiquement les *Principes fondamentaux d’une éducation complète à la santé sexuelle*.

Les institutions religieuses qui fournissent une éducation à la santé sexuelle devraient s’assurer que le personnel qui s’en occupe soit adéquatement formé afin de diriger les individus vers des services appropriés en matière de santé sexuelle.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SERVANT DES JEUNES ET DES ADULTES IMPLIQUÉS DANS LA VIE DE RUE, DES PERSONNES LOGÉES DE FAÇON VULNÉRABLE, DES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES DROGUES ET DES TRAVAILLEUSE(-EUR)S DU SEXE DEVRAIENT RELIER LES INDIVIDUS À DES SERVICES ET SOINS DE SANTÉ SEXUELLE. ILS DEVRAIENT DISPOSER D'UN PERSONNEL ADÉQUATEMENT FORMÉ POUR DIRIGER LES INDIVIDUS VERS DES SERVICES APPROPRIÉS ET ILS DEVRAIENT ÊTRE ADÉQUATEMENT FINANCÉS POUR OFFRIR DES SERVICES ET UNE ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE, PARTOUT AU CANADA.

Les jeunes et les adultes impliqués dans la vie de rue, les personnes logées de façon vulnérable, les personnes qui consomment des drogues et les travailleuse(-eur)s du sexe sont souvent aux prises avec de nombreux défis économiques, de sécurité physique, de santé mentale et d'ordre social. Ces personnes sont vulnérables à des résultats négatifs, en santé sexuelle, y compris la violence sexuelle et fondée sur le genre, les ITS et la grossesse non planifiée.

Plusieurs jeunes de la rue ne fréquentent pas l'école et n'ont pas accès à l'éducation à la santé sexuelle offerte à l'école. Ces jeunes personnes rencontrent souvent des obstacles considérables à l'accès aux soins de santé et à d'autres mesures de soutien. Les organismes communautaires pourraient être la seule source d'éducation, pour les jeunes de la rue et les personnes logées de façon vulnérable. Les personnes qui consomment des drogues et les travailleuse(-eur)s du sexe peuvent éviter les contacts avec les organismes traditionnels de services, par peur d'être jugées.

Les organismes de réduction des méfaits peuvent également jouer un rôle important en reliant ces personnes à des services et soins de santé sexuelle. Par conséquent, il est essentiel que les décideurs et décideuses s'assurent de financer adéquatement les organismes qui servent ces populations; et qu'ils/elles s'assurent que leur personnel soit adéquatement formé pour offrir une éducation complète à la santé sexuelle et pour diriger les individus vers des services et soins de santé sexuelle.

LES ORGANISMES SERVANT DES AÎNÉ-ES DEVRAIENT OFFRIR L'ACCÈS À UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE.

La santé et le bien-être sexuels demeurent des aspects fondamentaux du bien-être général des aîné-es (c.-à-d. les personnes de 65 ans et plus). La santé et le bien-être sexuels sont tout aussi importants pour les aîné-es qui vivent en établissement de soins de longue durée (p. ex., des résidences de retraite, foyers et maisons de soins, centres de vie avec services de soutien).

Il existe plusieurs obstacles potentiels à la santé et au bien-être sexuels des personnes qui vivent en établissement de soins de longue durée : la solitude, l'isolement, la perte d'un-e partenaire, de même qu'une multitude de maladies chroniques d'ordre physique et mental. En dépit de ces obstacles, plusieurs personnes qui vivent dans des établissements de soins de longue durée désirent maintenir et optimiser leur santé et leur bien-être sexuels, et pourraient bénéficier grandement d'une éducation complète à la santé sexuelle correspondant à leurs besoins spécifiques.

Les décideurs et décideuses devraient prendre en compte l'éducation à la santé sexuelle des résident-es, dans la création et la mise en œuvre des politiques relatives aux établissements de soins de longue durée qui servent des aîné-es. L'éducation complète à la santé sexuelle dans les établissements de soins de longue durée devrait être accessible et adaptée aux besoins d'apprentissage des résident-es.

Le personnel de ces établissements devrait recevoir des occasions de formation en cours d'emploi ainsi que d'éducation continue pour accroître sa capacité de fournir une éducation efficace et complète en matière de santé sexuelle aux aînées, y compris aux aînés LGBTQI2+; ceci devrait inclure la capacité de diriger les aîné-es vers des services de santé sexuelle appropriés.

LES CENTRES DE DÉTENTION ET LES ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS DEVRAIENT DONNER ACCÈS À UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE.

Les jeunes et les adultes placé-es sous la garde d'établissements correctionnels sont à risque de résultats négatifs en matière de santé sexuelle, comme les ITS et la violence sexuelle et fondée sur le genre. Certain-es sont aux prises avec le système judiciaire pour avoir commis un acte de violence sexuelle et fondée sur le genre. Plusieurs jeunes et adultes qui sont sous la garde d'établissements correctionnels n'ont pas accès à l'éducation à la santé sexuelle dont ils ou elles ont grandement besoin.

Les décideurs et décideuses des politiques régissant des établissements destinés à ces populations devraient s'assurer qu'une éducation complète à la santé sexuelle adaptée aux besoins d'apprentissage des client-es est accessible et que le personnel de ces établissements a des occasions de formation en cours d'emploi et d'éducation continue pour rehausser sa capacité de fournir une éducation efficace et complète en matière de santé sexuelle.

LISTE AIDE-MÉMOIRE : ÉTAPES POUR FOURNIR DES PROGRAMMES BREFS D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE DANS DIVERS CONTEXTES

Des programmes d'éducation à la santé sexuelle qui varient en ampleur, en profondeur et en durée sont mis en œuvre par des intervenant-es dans des contextes divers. Des rencontres d'éducation de groupe, des séances individuelles d'évaluation et de counselling, des leçons en classe, des programmes provinciaux/territoriaux en matière de santé et d'éducation, des sites Web, des plateformes ou campagnes dans les médias sociaux, des vidéos, des applications, des feuillets d'information, des brochures – ce ne sont là que quelques exemples de la diversité des méthodes et du type de matériel pouvant être utilisés pour fournir une éducation à la santé sexuelle.

Les objectifs des programmes d'éducation à la santé sexuelle peuvent varier, allant de l'amélioration des connaissances factuelles sur un aspect particulier de la santé sexuelle, jusqu'aux changements structurels à l'échelon communautaire ou sociétal concernant la santé et le bien-être sexuels, en passant par le changement comportemental soutenu d'individus ou de groupes.

Les planificateurs et planificatrices de programmes dans le domaine de l'éducation à la santé sexuelle devraient consulter la section *Buts et éléments clés et la section Planification, prestation et évaluation*, dans les présentes *lignes directrices*, pour des informations sur la conception, la prestation et l'évaluation de programmes de plus grande ampleur ou assortis d'objectifs multiples. Les planificateurs et planificatrices de programmes d'éducation à la santé sexuelle dont les objectifs et la durée sont plus limités peuvent également utiliser la liste aide-mémoire ci-dessous afin de guider leur travail de développement et de réalisation de nouveaux programmes.

ÉTAPES POUR FOURNIR DES PROGRAMMES BREFS D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE DANS DIVERS CONTEXTES

1	S'assurer de consulter les intervenant-es administratifs et les dépositaires d'enjeux de la communauté (et d'inclure la participation significative du public cible, p. ex., les élèves).
2	Développer un énoncé de la raison d'être et des objectifs du programme.
3	Examiner le corpus pertinent de littérature, de pratiques exemplaires et de programmes comportant des objectifs identiques ou semblables.
4	Développer un plan pour la planification, la prestation et l'évaluation du programme.
5	S'assurer que des ressources financières suffisantes ainsi que le personnel nécessaire sont en place pour la prestation du programme.
6	Évaluer le degré d'aisance du personnel ainsi que ses connaissances et compétences pour fournir le programme. Donner une formation, si nécessaire (p. ex., des éducateur(-trice)s communautaires et intervenant-es en services de santé pourraient avoir besoin d'une formation à la compétence culturelle afin de livrer le programme).

7	Examiner l'évaluation et la consultation, de pair avec le public cible, pour cerner les caractéristiques et besoins spécifiques de l'auditoire.
8	Évaluer les ressources internes et externes et prendre contact au besoin avec des partenaires et ressources/services pertinents.
9	Développer le contenu, le matériel et les ressources du programme.
10	Examiner le programme pour s'assurer qu'il est conforme aux <i>Principes fondamentaux d'une éducation complète à la santé sexuelle</i> .

POINTS DE REPÈRE RELATIFS À LA PRÉVENTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS) ET À LA LIAISON À DES SERVICES DE DÉPISTAGE D'ITS DANS LES ÉCOLES

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) peuvent nuire à la santé et au bien-être des jeunes, au Canada, en particulier si elles ne sont pas traitées. Une large gamme de facteurs augmentent le risque d'une personne de contracter une ITS. Ceux-ci incluent des structures et conditions sociétales (p. ex., le statut socioéconomique, le statut de logement, le degré d'égalité des genres, l'orientation sexuelle, la race ainsi que l'identité autochtone).

Une éducation complète à la santé sexuelle devrait tenir compte de ces facteurs afin de tenter d'outiller les jeunes à l'aide de l'information, de la motivation et des habiletés comportementales propices à réduire leur risque d'ITS. Dans ce processus, il est crucial de fournir aux enfants et aux jeunes une information en temps opportun et appropriée à l'âge, en ce qui touche la prévention personnelle des ITS, le dépistage, le traitement et la prise en charge.

L'éducation complète à la santé sexuelle peut aider efficacement les jeunes ainsi que les jeunes adultes à réduire leur risque de contracter et de transmettre des ITS, et rehausser leur capacité d'accès à des services de dépistage, de prise en charge et de traitement des ITS.^{1,2,3,4,5,6}

La présente section établit des points de repère spécifiques pour la prestation d'information sur la prévention des ITS et sur l'orientation des jeunes vers des services de dépistage des ITS dans le cadre des programmes scolaires.

LIGNES DIRECTRICES

LES EFFORTS SCOLAIRES LES PLUS EFFICACES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES ITS SONT CEUX QUI SONT INTÉGRÉS DANS UN PROGRAMME COMPLET D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE VISANT À LA FOIS À AMÉLIORER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SEXUELS ET À PRÉVENIR DES RÉSULTATS SUSCEPTIBLES D'AVOIR DES EFFETS NÉFASTES SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SEXUELS.

À cet effet, l'éducation à la santé sexuelle devrait inclure l'information touchant directement les ITS (p. ex., leur stigmatisation, les risques d'ITS, la prévention, le traitement et la prise en charge) ainsi que de l'information pour aider les élèves à développer les habiletés nécessaires afin de recourir à des ressources appropriées et de prendre des décisions propices à leur santé et bien-être sexuels (p. ex., développer des relations saines).

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE DANS LES ÉCOLES DEVRAIT ÉVITER LES APPROCHES FONDÉES SUR LA HONTE OU LA PEUR, POUR LA PRÉVENTION DES ITS.

La stigmatisation associée aux ITS et à leur dépistage peut susciter la honte et conduire des personnes à éviter le dépistage, le traitement et la communication avec leurs partenaires au sujet de l'utilisation de méthodes barrières pendant leurs interactions sexuelles. Par conséquent, l'éducation à la santé sexuelle devrait chercher à atténuer la stigmatisation liée aux ITS.

LE DÉVELOPPEMENT D'ENSEMBLES D'HABILETÉS ET LA PRESTATION D'INFORMATION SUR LA SANTÉ SEXUELLE DEVRAIENT DÉBUTER DÈS LES PREMIÈRES ANNÉES (C.-À-D. DE LA MATERNELLE À LA 3E ANNÉE) ET CONTINUER PENDANT TOUTE L'ÉDUCATION DES ÉLÈVES.

Les noms appropriés des parties du corps, l'hygiène adéquate ainsi que des notions touchant les relations et le consentement sont tous des éléments fondamentaux que les élèves doivent comprendre et appliquer afin de réduire leur risque d'ITS et de rehausser leur bien-être sexuel.

LES ÉLÈVES PEUVENT COMMENCER À RECEVOIR DE L'INFORMATION SUR LE VACCIN ANTI-VPH EN 4^E ANNÉE, PUIS DES INFORMATIONS PLUS DÉTAILLÉES SUR LES ITS DE MANIÈRES APPROPRIÉES À LEUR ÂGE DE LA 5^E À LA 7^E/8^E ANNÉE.*

Les discussions et le développement de compétences concernant la prévention, le traitement et la prise en charge des ITS devraient se poursuivre de la 8^e/9^e à la 12^e année, et inclure des informations de plus en plus détaillées.

** Dans certaines régions du Canada, l'école secondaire commence à la 8^e année tandis que dans d'autres c'est à la 9^e année*

LES JEUNES DEVRAIENT ÊTRE RELIÉ-ES À DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE DÉPISTAGE DES ITS À COMPTER DE LA 7^E ANNÉE.

On devrait aussi fournir aux élèves des informations leur permettant de recourir à des services communautaires offrant de manière confidentielle du counselling et des informations sur la santé sexuelle et génésique.

L'IMPORTANCE DE DONNER AUX ENFANTS ET AUX JEUNES UNE ÉDUCATION APPROPRIÉE À L'ÂGE, EN CE QUI TOUCHE LES ITS ET LES SERVICES DE DÉPISTAGE D'ITS

Les ITS sont une importante préoccupation de santé publique, au Canada.^{7,8} Bien qu'elles soient en grande partie évitables et traitables, les ITS peuvent avoir des répercussions considérables sur la santé et le bien-être des jeunes Canadien-nes. Certaines ITS sont répandues parmi les jeunes et les jeunes adultes, et peuvent avoir des conséquences négatives considérables sur le plan physique, psychologique et social.^{7,9}

Dans bien des cas, les ITS ne causent pas de symptômes physiques. Or une personne peut contracter ou transmettre une ITS même en l'absence de symptômes. Si les jeunes ne connaissent pas cette réalité, ils et elles peuvent ignorer la pertinence de se faire dépister. La stigmatisation associée aux ITS et à leur dépistage peut également dissuader des personnes de

se faire dépister, et par conséquent retarder ou empêcher l'obtention d'un traitement. L'absence de symptômes et la peur d'être jugée ou traitée différemment sont des raisons courantes pour lesquelles une personne renonce à se faire dépister ou à se rendre dans une clinique pour obtenir des services.^{10,11} La peur d'être l'objet de maltraitance de la part de professionnels des soins de santé et de subir de la discrimination s'ajoute aux défis faisant obstacle au recours au dépistage des ITS dans le cas de personnes LGBTQI2+.^{12,13}

L'accès à l'éducation sur les ITS et la liaison à des ressources de dépistage répondant adéquatement aux divers besoins des jeunes, dans un programme d'éducation complète à la santé sexuelle, sont des éléments nécessaires pour la prévention et la prise en charge des ITS.

INTÉGRER LA PRÉVENTION DES ITS DANS L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE

Une éducation complète à la santé sexuelle intègre une approche équilibrée à l'égard de la santé sexuelle, ce qui inclut à la fois l'amélioration de la santé et du bien-être sexuels ainsi que la prévention des résultats pouvant avoir des effets néfastes en la matière, y compris les ITS. Des données probantes indiquent qu'une éducation complète à la santé sexuelle présente un potentiel d'aider efficacement les jeunes et les jeunes adultes à réduire leur risque au regard des ITS.^{1,2,3,4,5,6}

De plus, un nombre important de Canadiens et de Canadiennes considèrent que l'éducation à la santé sexuelle est un outil de premier ordre pour promouvoir les connaissances sur les ITS et le dépistage de celles-ci.

80 % des Canadien-nes ayant participé à un sondage ont répondu qu'une approche clé pour encourager le dépistage d'ITS consistait à accroître l'éducation sur la santé sexuelle et l'information sur le recours au dépistage « sans porter de jugement et d'une façon qui est adaptée aux cultures. »¹¹

Puisque les écoles sont les seuls établissements formels d'éducation qui ont un contact significatif (et obligatoire) avec presque toutes les jeunes personnes, elles sont en position unique pour leur fournir une information sur les ITS et pour les relier à des ressources de dépistage appropriées.

Les efforts scolaires les plus efficaces en matière de prévention des ITS ne sont pas des activités isolées, mais plutôt des efforts intégrés dans un programme plus général d'éducation complète à la santé sexuelle.

LES EFFORTS SCOLAIRES LES PLUS EFFICACES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES ITS NE SONT PAS DES ACTIVITÉS ISOLÉES, MAIS PLUTÔT DES EFFORTS INTÉGRÉS DANS UN PROGRAMME PLUS GÉNÉRAL D'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE.

l'information, la motivation et les habiletés comportementales directement liées à la prévention des ITS ainsi qu'à leur dépistage, à leur traitement et à leur prise en charge.

l'information qui aide les élèves à développer les habiletés nécessaires pour recourir à des ressources appropriées et pour prendre des décisions qui contribuent à leur santé et bien-être sexuels.

L'éducation complète à la santé sexuelle, dans le cadre scolaire, peut jouer un rôle important pour aider les jeunes et les jeunes adultes à réduire leur risque d'ITS et à prendre contact avec des services de dépistage et de traitement des ITS.

Le Tableau 1 présente des points de repère clés pour la prestation d'information sur les ITS, selon l'année scolaire et l'âge. Plusieurs de ces repères concernent spécifiquement le développement de connaissances et habiletés liées directement aux ITS. Par exemple, à partir de la 4^e année, les élèves devraient comprendre ce qu'est le VPH et pourquoi le vaccin contre le VPH est important. Ceci correspond aux recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation, voulant que les élèves au Canada puissent commencer à recevoir le vaccin anti-VPH à l'âge de 9 ans.⁹

D'autres points de repère établissent des domaines et des ensembles de compétences qui sont importants pour développer et mettre en œuvre des habiletés de prévention et de prise en charge en lien avec les ITS. Par exemple, la compréhension de la notion de consentement est cruciale, pour les jeunes enfants, car elle les aide à cerner leurs limites personnelles (et celles des autres) et à développer des valeurs liées à l'intégrité corporelle. En grandissant, il est important, pour les discussions sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires, que les élèves comprennent comment établir des limites (communiquées verbalement ou non verbalement) et comment demander et communiquer un consentement affirmatif.

Les points de repère établis dans le Tableau 1, ci-dessous, couvrent l'ensemble des années où les élèves fréquentent l'école et ils sont cumulatifs. Ceci signifie que l'information et les compétences acquises aux premières années devraient servir de base aux apprentissages des années suivantes.

Fait important, les points de repère présentés dans le Tableau 1 ne visent pas à constituer la totalité d'un programme d'éducation complète à la santé sexuelle – ils établissent plutôt des lignes temporelles spécifiques pour la prestation d'information liée aux ITS et pour la liaison au dépistage des ITS, dans le cadre d'un programme d'éducation complète à la santé sexuelle.

TABLEAU 1 : POINTS DE REPÈRE CLÉS POUR LA PRESTATION D'ÉDUCATION SUR LES ITS À L'ÉCOLE

*Note: Les points de repère qui concernent directement les ITS sont en **caractères gras** (mais pas les points de repère concernant des ensembles d'informations et d'habiletés d'appui indirectement reliées aux ITS). L'information d'appui présentée dans ce tableau n'est pas exhaustive et n'a pas pour objet de constituer un programme pédagogique pour l'éducation complète à la santé sexuelle.

DE LA MATERNELLE À LA 3^e ANNÉE (4-8 ANS)

POINTS DE REPÈRE LIÉS À LA PRÉVENTION DES ITS

Apprendre les noms précis des parties du corps, y compris génitales*	Apprendre ce qu'est un vaccin et à quoi cela sert
Comprendre les activités élémentaires des soins corporels (p. ex., l'hygiène)	Apprendre ce que sont le consentement et l'autonomie corporelle (p. ex., à propos des câlins, de se tenir par la main, de la sécurité personnelle)
Apprendre ce que sont des germes et comment ceux-ci peuvent se transmettre	Apprendre à identifier des caractéristiques des relations saines

* Les personnes enseignantes devraient être conscientes des variations de l'anatomie sexuelle et génésique, y compris intersexuée, et adopter une approche inclusive à cet égard

4e ET 5e ANNÉES (8-10 ANS)

POINTS DE REPÈRE LIÉS À LA PRÉVENTION DES ITS		QUAND RELIER LES ÉLÈVES À DES SERVICES DE DÉPISTAGE DES ITS ET À DES RESSOURCES CONNEXES
Comprendre ce qu'est le VPH et pourquoi le vaccin anti-VPH est important		Selon les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation, les jeunes peuvent recevoir le vaccin anti-VPH à compter de l'âge de 9 ans.⁹ Par conséquent, dans certains territoires/ provinces, les élèves commencent à recevoir ce vaccin en 4e année, alors qu'ailleurs ce sera plus tard
Comprendre que des infections peuvent être transmises par voie sexuelle		
Comprendre l'information au sujet de la reproduction		
Comprendre les changements physiques, biologiques,* psychologiques, émotionnels et sociaux qui s'associent à la puberté		
Comprendre les comportements d'hygiène personnelle associés au début de la puberté		
Comprendre que le consentement est relié à l'activité sexuelle avec une autre personne		
Comprendre la relation entre l'activité sexuelle et la grossesse/reproduction		
Comprendre qu'il y a plusieurs raisons pour lesquelles les gens ont des activités sexuelles (c.-à-d., pas seulement pour faire des bébés)		
Littératie médiatique : comprendre la différence entre une bonne source d'information et une source d'information inexacte		
Apprendre à communiquer (p. ex., avec des pairs, des personnes soignantes)		

* Les personnes enseignantes devraient être conscientes des variations de l'anatomie sexuelle et génésique, y compris intersexuée, et adopter une approche inclusive à cet égard.

DE LA 6e À LA 8e ANNÉE (10-13 ANS)

POINTS DE REPÈRE LIÉS À LA PRÉVENTION DES ITS		QUAND RELIER LES ÉLÈVES À DES SERVICES DE DÉPISTAGE DES ITS ET À DES RESSOURCES CONNEXES
Comprendre comment les ITS peuvent et ne peuvent pas se transmettre		COMMENÇANT EN 7e ANNÉE :
Comprendre que plusieurs ITS ne causent pas l'apparition de symptômes		Les élèves devraient recevoir des informations spécifiques sur les lieux où ils et elles peuvent obtenir un dépistage confidentiel des ITS, dans leur communauté.
Comprendre qu'il existe divers types d'ITS (p. ex., bactériennes et virales) qui causent différents symptômes et résultats de santé		
Comprendre qu'un dépistage périodique des ITS est nécessaire, lorsqu'une personne devient sexuellement active		
Comprendre l'importance du dépistage des ITS pour les personnes qui ont fait l'objet d'une agression/coercition sexuelle		
Comprendre les diagnostics d'ITS et le traitement de celles-ci		Les élèves devraient pouvoir accéder à des ressources confidentielles en matière de counselling, dans la communauté et à l'école (p. ex., infirmier(-ière) scolaire, conseiller(-ère) d'orientation), s'ils et elles ne sont pas à l'aise de parler à un membre de leur famille.
Comprendre comment les ITS peuvent affecter la santé et le bien-être physiques et émotionnels d'une personne		
Comprendre qu'il existe une gamme de possibilités de comportements pour réduire le risque d'ITS et de grossesse non intentionnelle (p. ex., ne pas avoir d'activités sexuelles comportant un risque d'ITS et de grossesse, utiliser des méthodes barrières, choisir des activités sexuelles à moindre risque)		

POINTS DE REPÈRE LIÉS À LA PRÉVENTION DES ITS

QUAND RELIER LES ÉLÈVES À DES SERVICES DE DÉPISTAGE DES ITS ET À DES RESSOURCES CONNEXES

Comprendre que les stratégies de prévention des ITS peuvent différer selon le type d'activité sexuelle (p. ex., utiliser un condom pour le sexe oral, vaginal ou anal avec une personne qui a un pénis; utiliser une digue dentaire pour le sexe oral avec une personne qui a une vulve)

Comprendre les facteurs sociaux et culturels associés au risque d'ITS et à la prévention de celles-ci

Comprendre comment la stigmatisation et les stéréotypes associés aux ITS ont un impact dans la vie des gens

Comprendre les stratégies de réduction des méfaits comme la prophylaxie post-exposition (PPE) et la prophylaxie pré-exposition (PPrE ou PrEP)

Comprendre comment avoir accès à des services confidentiels de dépistage et de traitement des ITS, dans leur communauté, de même que les limites de la confidentialité

Aborder les éléments d'information, de motivation et d'habiletés comportementales en cause dans l'établissement de limites sexuelles, les choix de pratiques sexuelles plus sécuritaires (p. ex., l'utilisation de méthodes barrières), le dévoilement du statut relatif aux ITS et la discussion avec un-e partenaire quant au moment de se faire dépister

POINTS DE REPÈRE LIÉS À LA PRÉVENTION DES ITS**QUAND RELIER LES
ÉLÈVES À DES SERVICES
DE DÉPISTAGE DES ITS
ET À DES RESSOURCES
CONNEXES**

Comprendre dans quelle mesure les diverses méthodes contraceptives assurent une protection ou non contre les ITS

9e ET 10e ANNÉES (13-15 ANS)**POINTS DE REPÈRE LIÉS À LA PRÉVENTION DES ITS****QUAND RELIER LES
ÉLÈVES À DES SERVICES
DE DÉPISTAGE DES ITS
ET À DES RESSOURCES
CONNEXES**

Poursuivre les discussions des années précédentes, mais avec plus de détails/complexité² (p. ex., biologie plus élaborée, discussions plus détaillées sur les facteurs interpersonnels et sociaux affectant le risque d'ITS et l'accès aux services)

Littératie médiatique : identifier des sources d'information crédible sur la sexualité et les ITS; évaluer de manière critique la représentation des pratiques sexuelles plus sécuritaires dans les médias explicites

Réitérer l'information sur le counselling et les services en matière de santé sexuelle offerts dans les communautés des élèves.

POINTS DE REPÈRE LIÉS À LA PRÉVENTION DES ITS

QUAND RELIER LES ÉLÈVES À DES SERVICES DE DÉPISTAGE DES ITS ET À DES RESSOURCES CONNEXES

Poursuivre les discussions sur la prise de décisions d'ordre sexuel. Comprendre comment nos propres actions peuvent avoir une incidence sur d'autres personnes

Comprendre l'éthique des interactions sexuelles responsables

Analyser des stratégies pour faire des choix responsables et respectueux, quant à l'expression sexuelle

Poursuivre les discussions sur le consentement dans les relations sexuelles

Comprendre l'effet des drogues et de l'alcool sur le consentement, les interactions sexuelles et les pratiques sexuelles plus sécuritaires

Offrir aux élèves des occasions de consulter un-e intervenant-e de confiance en matière de soins de santé (p. ex., un-e infirmier(-ière) ou intervenant-e en travail social), par l'intermédiaire de l'école, ou relier les élèves à un-e intervenant-e de confiance en matière de soins de santé.

11e ET 12e ANNÉES (15-17 ANS)

POINTS DE REPÈRE LIÉS À LA PRÉVENTION DES ITS

Poursuivre les discussions des années précédentes, mais avec plus de détails/complexité

Comprendre une information avancée concernant la prise en charge des ITS

Comprendre les aspects éthiques et juridiques du statut relatif aux ITS et au VIH

RÉFÉRENCES

- 1 Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Chattopadhyay SK, Jacob V, et coll. The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: Two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine*. 2012;42;3: 272-94.
- 2 Morales A, Espada JP, Orgilés M, Escribano S, Johnson BT, Lightfoot M. Interventions to reduce risk for sexually transmitted infections in adolescents: A meta-analysis of trials, 2008-2016. *PloS one*. 2018;13;6: e0199421.
- 3 CDCP. Compendium of evidence-based interventions and best practices for HIV prevention. Centers for Disease Control and Prevention, National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB. 2014. <http://www.cdc.gov/hiv/prevention/research/compendium/>
- 4 Protogerou C, Johnson BT. Factors underlying the success of behavioral HIV-prevention interventions for adolescents: A meta-review. *AIDS and Behavior*. 2014;18; 10: 1847-63.
- 5 Denford S, Abraham C, Campbell R, Busse H. A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual-health. *Health Psychology Review*. 2017;11;1: 33-52.
- 6 Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2014;9;3: e89692.
- 7 ASPC. Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2013-2014. Ottawa, Canada: Agence de la santé publique du Canada; 2017.
- 8 ASPC. Résumé du cadre pancanadien sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2018;44;7/8: 179-81.
- 9 ASPC. Recommandations mises à jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH) : vaccin nonavalent contre le VPH et précisions sur les intervalles minimums entre les doses dans le calendrier d'immunisation contre le VPH. Ottawa, Canada: Agence de la santé publique du Canada; 2016.
- 10 Flicker S, Flynn S, Larkin J, Travers R, Guta A, Pole J, et coll. Sexpress: The Toronto teen survey report. Toronto: Planned Parenthood Toronto. 2009.
- 11 ASPC. Sensibilisation, connaissances et attitudes des Canadiens à l'égard des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Ottawa, Canada: Agence de la santé publique du Canada; 2018.
- 12 Scheim AI, Travers R. Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS care*. 2017;29;8: 990-5.
- 13 Shoveller JA, Johnson J, Rosenberg M, Greaves L, Patrick DM, Oliffe J, et coll. Youth's experiences with STI testing in four communities in British Columbia, Canada. *Sexually Transmitted Infections*. 2009;85: 397-401.



Sex Information & Education Council of Canada
Conseil d'information & d'éducation sexuelles du Canada

RAPPEL

VOTRE OPINION NOUS INTÉRESSE

VISITEZ

WWW.EVALUATIONLIGNESDIRECTRICES.CA

**POUR NOUS FAIRE PART DE VOS COMMENTAIRES SUR LES
LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES POUR L'ÉDUCATION
EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE**

**TRANSMETTEZ-NOUS VOS COMMENTAIRES
ET COUREZ LA CHANCE DE GAGNER UNE
CARTE-CADEAU VISA!**