Intervenir en éducation à la sexualité : une approche globale

François Wafo
Université Claude Bernard - Lyon 1,
francoiswafo@yahoo.fr

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol.1, No.2 | pp. 197-212

Reçu le : 24/03/2014 | Accepté le :19/12/2014

Résumé : L'efficacité d'une action en éducation à la santé dépend entre autre de la démarche adoptée pour sa conception, sa réalisation et son évaluation. S'agissant de la démarche adoptée pour la conception d'une action en éducation à la santé, elle s'appuie sur un certain nombre de modèles théoriques en santé qui aide à la compréhension des comportements de santé. Régulièrement sollicités par les porteurs de projet en santé, le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial sont à la base d'un grand nombre de projets en santé, même s'il est aussi fait recours aux modèles psychosociaux de la santé. Toutefois les limites évaluées de ces différents modèles rendent nécessaire la conception de nouveaux modèles théoriques intégratifs prenant en compte les limites et les éléments positifs des modèles existants. C'est l'objet de cette recherche qui propose, dans le cadre de l'éducation à la sexualité, un modèle théorique d'intervention basé sur une revue de la littérature et sur les conclusions de nos propres recherches.

Mots-clés : éducation, sexualité, santé, modèles théoriques, intervention.

1 Introduction

L'élaboration de programmes structurés et d'interventions efficaces en éducation à la santé nécessite une réflexion préalable (Godin, 1991 ; INSERM, 2001 ; Juneau & *al.*, 2011). Cette réflexion préalable porte notamment sur les facteurs de risque et les facteurs comportementaux à considérer pour définir le contenu du programme éducatif visant à promouvoir la santé (Godin, 1991). Elle porte également sur les méthodes et les outils d'intervention à déployer pour favoriser la réalisation des actions et le développement des compétences du public cible. Bien que cette démarche soit la plupart du temps considérée comme né-

cessaire par les porteurs de projets en éducation à la santé, elle souffre cependant d'un manque de procédé entraînant parfois un choix de méthodes d'intervention et une définition de contenu des programmes inadaptés. Pourtant, la conception des programmes efficaces en éducation à la santé doit être basée non seulement sur une démarche de projet (Broussouloux & Houzelle-Marchal, 2006), mais surtout sur des théories ou des modèles susceptibles de favoriser une meilleure santé (Gilmore & Campbell, 2005 ; Godin, 1991). Dans cette optique, divers modèles et théories prédictifs et explicatifs coexistent et sont en concurrence (Bruchon-Schweitzer, 2002). En éducation à la santé, les concepteurs de projets ont traditionnellement fait recours au modèle biomédical. Ce modèle, qui considère que la maladie est liée au corps et correspond à un dysfonctionnement de celui-ci, préconise davantage des actions basées sur la transmission des connaissances prédéfinies par des experts, et utilise les méthodes transmissives et inductives des savoirs (Fisher & Tarquinio, 2006). Modèle considéré linéaire par certains auteurs (Bury, 1988) et organiciste par d'autres (Eymard, 2004), le modèle biomédical ne permet pas toutefois de cerner tous les facteurs explicatifs des pathologies et les comportements à risque associés. Il s'avère donc limité dans un contexte contemporain où les pathologies sont davantage multifactorielles et nécessitent une prise en charge éducative intégrative décentrée de l'individu. À la suite de ce modèle, se développe le modèle biopsychosocial (Engel, 1977 ; 1980) qui considère que les pathologies et les comportements à risques associés ont justement une origine intégrative et multifactorielle. Il constitue un élargissement du modèle biomédical, en associant à ses éléments théoriques de nature biologique, des facteurs psychologiques et sociaux dans des proportions *a priori* égales (Berquin, 2010). Dans une perspective de promotion de la santé, ce modèle privilégie une démarche holistique pour la définition des contenus des programmes et des actions en éducation à la santé et « s'inscrit dans une logique dite d'apprentissage, où l'acteur principal est la personne qui apprend » (INSERM, 2001, p. 30). Mal compris et surtout mal utilisé (Berquin, 2010), le modèle biopsychosocial s'avère trop besogneux dans son application (Santiago-Delefosse, 2002), justement en raison de sa nature trop globale et linéaire (Bruchon-Schweitzer, 2002).

En marge de ces deux modèles pionniers faisant l'objet d'un certain consensus comme modèles de développement des programmes en éducation à la santé, les théories et modèles psychosociologiques [1] ont été également très sollicités par les chercheurs dans plusieurs domaines en éducation à la santé comme la sexualité, l'alcoolisme, le tabagisme, l'alimentation, l'exercice physique, le stress... (Ogden, 2011). Ces théories et modèles psychosociologiques s'appuient majoritairement sur le postulat que le type de comportement (sain ou à risque) des individus joue un rôle important dans leur état de santé. Ils visent à expliquer, à partir des facteurs prédictifs, l'adoption de comportements favorisant une meilleure santé par le sujet (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Fischer & Tarquinio, 2006 ; Ogden, 2011). Cependant, l'usage de ces théories et modèles psychosociologiques dans des projets éducatifs a montré la limite de leur efficacité à modifier durablement les comportements des individus (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Ogden, 2011). L'une des raisons majeures de l'échec des actions basées sur ces théories et modèles réside dans le fait qu'ils donnent trop de poids à la responsabilité de l'individu dans l'adoption d'un comportement, et accordent peu d'intérêt à leur environnement (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Fischer &

1. Ogden (2011), Bruchon-Schzeitwer (2002) et Fischer & Tarquino (2006) présentent dans leur ouvrage respectif un éventail de modèles et théories psychosociologiques parmi lesquels : la théorie de l'action raisonnée, la théorie du comportement planifié, le Health Belief Model, etc.

Tarquinio, 2006 ; Manderscheid, 1994 ; Ogden, 2011). Ce qui suscite la légitime question de savoir s'il est plus efficace d'agir directement sur les individus, ou plutôt sur leur environnement ou bien sur les deux simultanément. De même, la plupart de ces théories et modèles soutiennent l'idée que la connaissance de la gravité d'un risque conduit l'individu à moins s'exposer à ce risque, d'où leur tendance à s'intéresser prioritairement aux cognitions (Ogden, 2011), mais très souvent considérées de façon réductrice, fragmentaire et décontextualisée (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Ogden, 2007). Une autre raison valable des limites des théories et modèles psychosociologiques relève de la tentative d'en faire des modèles universels, occultant par le même fait les différences pouvant exister au sein de différentes sociétés ou de communautés différentes. Enfin, ces théories considèrent que les comportements sont la conséquence d'une série d'étapes rationnelles, que les individus prennent des décisions rationnelles et que ce sont leurs cognitions qui sont à l'origine de leurs actions (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Ogden, 2011), ce qui n'est évidemment pas absolu.

Malgré ces lacunes, dont certaines ont été corrigées *a posteriori* (Ogden, 2011), l'intérêt de ces théories et modèles est indéniable. En effet, la compréhension des facteurs prédictifs des comportements sains ou à risques pour la santé est nécessaire pour définir les méthodes d'intervention et le contenu des programmes en éducation à la santé (Godin, 1991). Cette fonction est précisément remplie par les théories et modèles psychosociologiques.

Dans le cadre de l'éducation à la sexualité, les interventions éducatives ont été majoritairement basées sur la transmission des connaissances suivant le modèle biomédical qui appréhende le comportement des individus selon une approche centrée sur la maladie. L'évaluation de cette approche montre toutefois ses limites, notamment en lien avec le fait qu'elle occulte les réalités socioculturelles dans lesquelles les comportements sont réalisés. *A contrario*, l'intégration des théories et modèles psychosociologiques (malgré leurs limites) dans l'élaboration des programmes d'éducation à la sexualité a contribué à améliorer l'efficacité des interventions. En s'appuyant sur les facteurs clés de ces théories et modèles psychosociologiques, et sur les recherches récentes sur l'influence des conceptions individuelles sur le comportement sexuel (Berger & Rochigneux, 2010 ; Wafo, 2012), cette recherche présente un modèle théorique d'intervention en éducation à la sexualité. Elle permet d'établir que l'efficacité des actions en éducation à la sexualité est assujettie à l'appropriation des contenus de formation aux facteurs déterminant l'adoption ou non des comportements sexuels à risques. Ces facteurs pouvant être internes au sujet mais également externes, le modèle théorique présenté ici vise à ce que l'intervention puisse porter une attention particulière aux déterminants extérieurs du comportement sexuel à risque.

Ce modèle montre que la réduction des risques sexuels chez un individu dépend à la fois : des conceptions individuelles qu'il a de la sexualité, des connaissances transversales acquises sur la sexualité, de la perception du bénéfice d'un comportement sexuel sain, de la motivation à adopter un comportement sexuel sans risque, des attitudes et des aptitudes propices à l'adoption d'un comportement sexuel sain. A ces facteurs inhérents à l'individu, est associé un environnement favorable à la réduction des risques sexuels (Voir Figure 1).

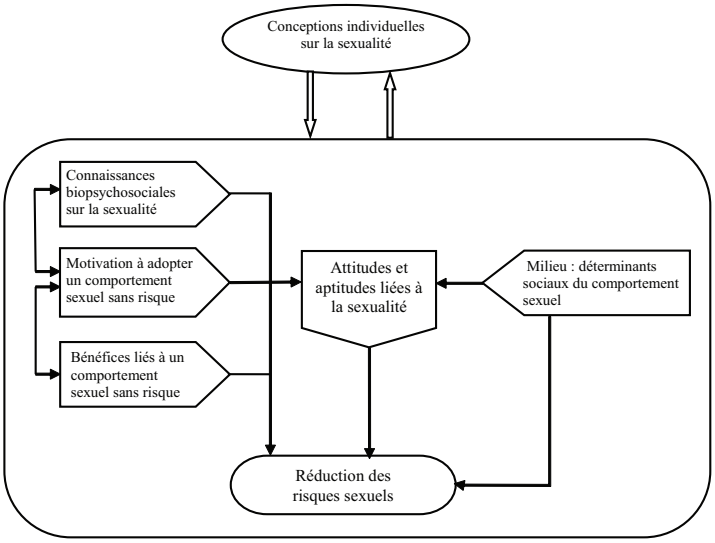


FIGURE 1 – Modèle conceptuel d'éducation à la sexualité

2 Les composantes du modèle conceptuel d'éducation à la sexualité

2.1 Les conceptions individuelles sur la sexualité

Dans la continuité des travaux des sociologues sur les représentations sociales, et par souci de clarté face à un concept de « représentation » dont la définition est mouvante selon les écoles qui les utilisent, les didacticiens, en majorité français, ont proposé d'introduire le concept de « conceptions » (Giordan & De Vecchi, 1987). Giordan et De Vecchi (1990) définissent une conception comme « un ensemble d'idées coordonnées et d'images cohérentes, explicatives, utilisées par les apprenants pour raisonner face à des situations-problèmes » (p.79). D'après Giordan et *al.* (1994),

« [les] conceptions interviennent dans l'identification de la situation, dans la sélection des informations pertinentes, dans leur traitement et dans la production de sens. Elles sont, selon les auteurs, des outils, des "registres de fonctionnement", des "stratégies de pensées", les seules dont dispose l'apprenant pour appréhender la réalité, les objets d'enseignement ou les contenus informationnels » (p. 10).

Les conceptions sont construites individuellement au fil du temps, mais aussi socialement à partir des interactions de l'individu avec l'environnement dans lequel il évolue (Berger, 2011 ; Giordan & De Vecchi, 1990). Elles sont dépendantes de l'expérience de l'individu, notamment de son histoire, de ses affects, de son appartenance culturelle et sociale, etc. (Berger, 2011 ; Giordan & De Vecchi, 1990). Les conceptions constituent en outre pour l'individu un modèle explicatif susceptible d'évoluer au fur et à mesure de la construction du savoir, si les conditions d'apprentissage y sont favorables (Giordan & De Vecchi, 1990).

Par conception, on considère donc un processus individuel par lequel le sujet en situation d'apprentissage structure, au fur et à mesure de son développement, les connaissances qu'il intègre (Clément, 1994). Le milieu culturel et social joue un rôle prépondérant dans la genèse des conceptions, puisqu'il détermine les objectifs d'apprentissage, les images choisies, les termes employés, les relations avec les situations vécues, essentiellement à travers le langage (Giordan & De Vecchi, 1990). Il constitue le cadre de référence dans lequel va se construire l'apprentissage. Ainsi pour un même concept, les mots employés ne sont que très rarement identiques et sont porteurs de conceptions sous-jacentes différentes parfois très éloignées de la réalité scientifique. Or, plus les conceptions sont marquées par des valeurs et des notions sociales ou affectives, et plus il s'avère difficile de les remettre en cause (Clément, 1994 ; Develay, 1992 ; Giordan & De Vecchi, 1990). Dans le cadre de l'éducation à la sexualité, plusieurs travaux de Berger et *al.* (2007 ; 2008 ; 2010a ; 2010b ; 2011) ont établi que les conceptions des individus avaient un effet sur leurs pratiques de la sexualité. Ces résultats sont corroborés par les travaux de Wafo (2012) sur les conceptions des jeunes [2] sur la sexualité en Afrique subsaharienne, ces derniers ayant par exemple une sexualité précoce lorsqu'ils sont tout à fait d'accord sur le fait que l'acte sexuel est une preuve d'amour, ou qu'ils pensent que "la première fois on ne risque rien".

Dans notre modèle, les conceptions constituent pour l'individu un cadre de référence qui lui permet d'appréhender, de se situer et de donner sens aux autres composantes du modèle. Toutefois elles se construisent et s'actualisent dépendamment des autres composantes du modèle, d'où l'existence d'une interaction permanente entre les conceptions de l'individu et les autres éléments conceptuels du modèle théorique.

2.2 Les connaissances sur la sexualité

La transmission des connaissances sur les différentes dimensions de la sexualité est un aspect important de l'éducation à la sexualité (Desaulniers, 2001 ; Pelège & Picod, 2010 ; Wafo, 2012). En effet, l'acquisition des connaissances sur la sexualité aide l'individu à mieux comprendre sa propre sexualité et celle de l'autre. Les connaissances acquises contribuent à « améliorer l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé. Elles vont influencer ou modifier les représentations, les aptitudes, les comportements... » (Broussouloux & Houzelle-Marchal, 2006, p.110). Habituellement, les connaissances sur lesquelles s'appuient les actions en éducation à la sexualité sont de nature biologique. Si celles-ci sont nécessaires, elles sont toutefois insuffisantes et ne constituent « qu'une partie minimale de l'éducation [à la sexualité] qui ne devrait pas se limiter à l'anatomie, la physiologie, mais comprendre également des notions de psychologie, de sociologie, de morale ou de théologie » (Desaulniers, 2001, p. 135). Les connaissances font donc référence dans notre modèle à des notions transversales sur la sexualité. Ces connaissances sur la sexualité constituent le socle sur lequel s'appuient les autres éléments de l'éducation à la sexualité. Celles-ci doivent être régulièrement actualisées, pour prendre en compte leur évolutivité. À la suite de plusieurs auteurs pour qui la sexualité est multidimensionnelle (Brenot, 2007 ; Communal, Guigné & Rozier, 2010 ; Desaulniers, 2001 ; Pelège & Picod, 2010), nous avons défini la sexualité en cinq dimensions en nous basant sur deux logiques

2. L'Organisation Mondiale de la Santé définit les « adolescents » comme des personnes appartenant au groupe d'âge des 10–19 ans, tandis que les « jeunes gens » sont définis comme ceux appartenant au groupe d'âge des 15–24 ans. Ces deux groupes d'âges qui se recoupent forment le groupe des « jeunes », qui rassemble les personnes appartenant à la tranche d'âge des 10–24 ans (OMS, 2005).

principales : une logique relative à la discipline à laquelle se rattache la dimension de la sexualité considérée, et une logique relative à la visée éducative en éducation à la sexualité de ladite dimension (voir Tableau 1).

Tableau 1 – Analyse des dimensions de la sexualité suivant la discipline d'étude et la visée éducative en éducation à la sexualité

Dimensions de la sexualité	Logiques de l'analyse	
	Discipline	Visée éducative
Biologique	biologie	- transmission des savoirs
Psychoaffective	psychologie	- développement des compétences personnelles et psychosociales
Comportementale	biologie psychologie sociologie droit	- développement de connaissances - développement des compétences personnelles et psychosociales - développement des habilités comportementales
Morale	droit éducation à la citoyenneté	- développement de compétences personnelles et éthiques
Sociale/culturelle	droit éducation à la citoyenneté sociologie	- développement des compétences psychosociales - développement des connaissances - développement des habilités comportementales

La figure 2 montre que ces différentes dimensions s'articulent entre elles, et donne une place centrale à la dimension comportementale comme produit de l'intégration des quatre autres dimensions de la sexualité auxquelles elle est étroitement liée. En effet, la perception et le vécu de cette dimension comportementale par l'individu dépendent de l'harmonie avec laquelle il appréhende les autres dimensions de la sexualité. La dimension comportementale constitue ainsi un véritable baromètre de l'intégration de la réalité multidimensionnelle de la sexualité par l'individu, une bonne perception et un bon ancrage des éléments de base des dimensions biologique, psychoaffective, morale et sociale/culturelle contribuant à une réalisation positive de la dimension comportementale. Les sujets liés à cette dimension comportementale étant régulièrement énoncés pour justifier l'intérêt de l'éducation à la sexualité (Inserm, 2001), on ne peut donc y agir efficacement que dans la mesure où l'on prend en compte toutes les autres dimensions de la sexualité.

2.3 La motivation à adopter un comportement sexuel sans risque

En éducation à la sexualité comme dans toute autre forme d'éducation, si on souhaite agir sur le comportement de l'individu, il est nécessaire d'agir sur les facteurs qui déterminent l'adoption ou non du comportement visé. Le comportement de l'individu peut être déterminé par des facteurs d'origines diverses (biologiques, sociales ou psychologiques). Parmi les facteurs déterminant le comportement de l'individu, la motivation en est un élément central. Même si elle n'explique pas à elle seule le comportement, la motivation est un facteur psychologique à la base du déclenchement, de l'orientation, de l'intensité et de

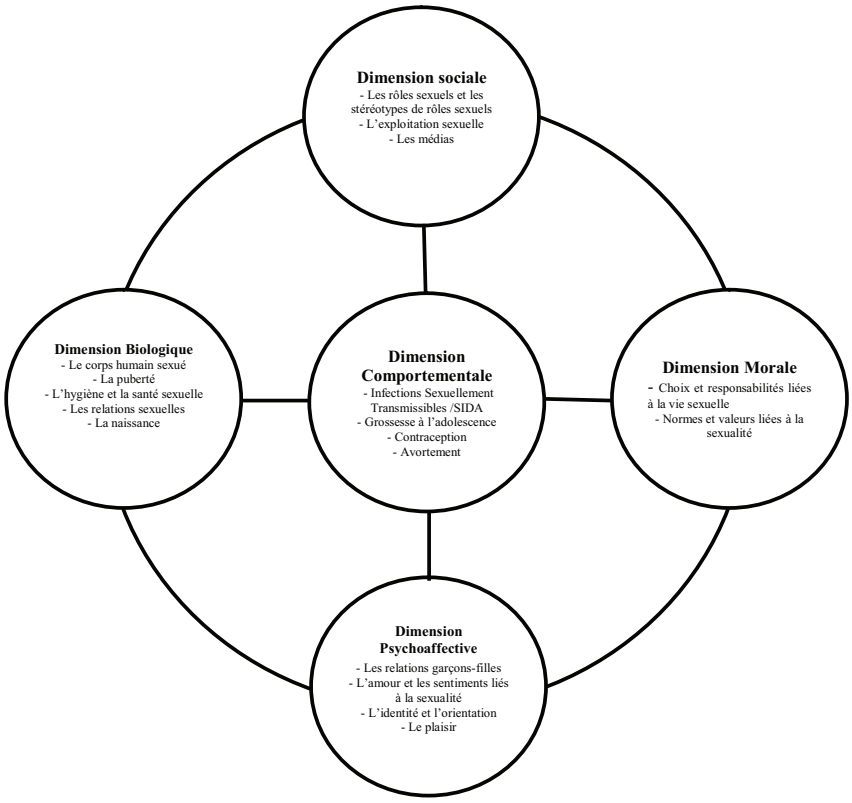


FIGURE 2 – Dimensions de la sexualité suivant le champ d'étude et la visée éducative

la persistance d'un comportement dans le temps (Lieury & Fenouillet, 2010 ; Vienneau, 2011).

Lieury et Fenouillet (2010) définissent la motivation comme étant un « ensemble de mécanismes qui déterminent le déclenchement d'un comportement » (p. 158). Pour Yurën (2000) les motivations sont les « structures normatives que le sujet a acceptées intérieurement et qui guideront ses relations avec autrui et ses choix de valeurs » (p. 58). Le dictionnaire Larousse définit la motivation comme étant un « facteur conscient ou inconscient qui incite l'individu à agir de telle ou telle façon » [3].

Ces définitions s'accordent sur le fait que les motivations entraînent des comportements, et donnent sens à l'action. Pour Jean Piaget, cité par Changeux (2002), la motivation résulterait d'un besoin qu'éprouverait à un moment donné l'individu. Ce que corroborent Lieury et Fenouillet (2010) qui font état du fait que de nombreuses théories motivationnelles « considèrent que les besoins sont à la source de toutes motivations humaines » (p. 158). Ces auteurs rejoignent à ce propos Maslow (1908 – 1970) et bien d'autres auteurs du courant humaniste de l'éducation qui défendent l'idée que la motivation de l'individu

3. *Le petit Larousse Compact* (1996). Paris : Larousse.

repose sur le désir de satisfaire un besoin traduisant un état de manque ou de déséquilibre ressenti par l'individu (Vienneau, 2011). Maslow (1954) dénombre et hiérarchise en niveau de priorité, cinq types de besoins susceptibles d'être à la base de la motivation de l'individu. Représentés sous forme de pyramide, ces besoins sont notamment :

- les besoins physiologiques (manger, boire, se vêtir, dormir, etc.) qui sont des besoins nécessaires à la survie d'une personne. L'importance de ces besoins étant impérieux, ils peuvent déterminer à eux seuls le comportement sexuel de l'individu s'ils ne sont pas satisfaits ;

- les besoins de sécurité (sécurité contre la violence, le vol et l'agression, sécurité de l'emploi, stabilité familiale, etc.) qui sont des besoins relevant de l'aspiration de chaque individu à être protégé contre les agressions d'ordres physique, psychologique et économique ;

- les besoins d'appartenance (amour et affection, s'intégrer à un groupe, obtenir un statut social, avoir des amis, etc.) qui traduisent chez l'individu la nécessité d'établir des liens sociaux, d'être accepté et d'appartenir à un groupe ;

- les besoins d'estime de soi (être reconnu et apprécié, sortir du lot, développer son autonomie, etc.) qui traduisent le besoin qu'a l'individu de se sentir utile et d'avoir de la valeur ;

- les besoins de réalisation de soi (accroître ses connaissances, développer ses valeurs, etc.) qui représentent le besoin qu'a l'individu de s'accomplir et de révéler son potentiel créateur.

Selon la théorie de Maslow (1954), on ne peut satisfaire un besoin de niveau supérieur que lorsque les besoins de niveau inférieur sont déjà satisfaits. Lorsqu'un besoin n'est pas satisfait, il constitue une source de motivation pour l'individu qui est alors enclin à se conduire d'une manière spécifique afin de répondre au manque ressenti. Toutefois, lorsque le besoin ressenti est satisfait, des besoins de niveau supérieur apparaissent et créent une nouvelle source de motivation. Bien que pionnière des théories de la motivation, la théorie de Maslow souffre néanmoins quelques limites. D'une part la hiérarchisation des besoins réfute l'idée de la simultanéité de leur ressenti ou la possibilité qu'un besoin de niveau supérieur puisse être ressenti avant un besoin de niveau inférieur. D'autre part, l'universalisation de la théorie de Maslow est discutable dans la mesure où les individus n'ont pas les mêmes fonctionnements d'une culture à l'autre.

Lieury et Fenouillet (2010) font une différence entre la *motivation intrinsèque* dont les déterminants sont internes, et la *motivation extrinsèque* régie par des renforcements extérieurs. Lorsque le comportement de l'individu est guidé par une *motivation intrinsèque*, le comportement est alors justifié par l'intérêt et le plaisir qu'il en tire et non par une récompense extérieure dont il pourrait bénéficier. Par contre, si la motivation du comportement de l'individu est extrinsèque, alors il en escompte un bénéfice quelconque (récompense, faveur, échapper à la punition, etc.).

Quel que soit le motif de la motivation, le comportement de l'individu est étroitement lié au degré de motivation [4]. Dans le cadre du comportement sexuel, la motivation est susceptible

4. Gaonac'h, D. & Golder, C. (1995). *Psychologie et enseignement*. In D. Gaonac'h & C. Golder (Dir.), Profession Enseignant : Manuel de Psychologie pour l'enseignement (pp. 12-23). Paris : Hachette Education.

d'inciter l'individu à faire appel à ses connaissances et à ses habiletés afin d'adopter des pratiques sexuelles saines et éviter les risques sexuels[5]. Pour cette raison, l'éducation à la sexualité ne se limite pas à la transmission des connaissances, mais concerne aussi le développement de la motivation. Dans le cadre des comportements associés à la sexualité, l'Agence de la Santé Publique du Canada (2008) distingue trois formes de motivation :

- La motivation émotionnelle

La motivation émotionnelle d'un individu, liée notamment à son degré d'aisance ou de malaise à l'égard des questions de sexualité et aux comportements particuliers liés à la sexualité, peut l'inciter à adopter ou non des pratiques sexuelles sans risques.

- La motivation personnelle

Elle concerne les attitudes et les croyances d'un individu à l'égard d'un comportement susceptible de prévenir sa santé sexuelle (usage du préservatif, usage d'un contraceptif, etc.). Ces attitudes et croyances déterminent également le fait que celui-ci adopte ou non le comportement visé.

- La motivation sociale

Les conceptions d'un individu à propos des normes sociales ou ses perceptions du soutien social lié à l'adoption d'une pratique sexuelle formelle jugée favorable pour la santé sont aussi susceptibles d'influer sur ses propres pratiques sexuelles.

Ces différentes formes de motivation pouvant cohabiter chez une personne et s'exprimer conjointement face à une situation à risque, il convient, dans une action en éducation à la sexualité, de travailler simultanément sur ces trois formes de motivation.

2.4 Le bénéfice lié à un comportement sexuel sans risque

Si Maslow (1954) considère le besoin comme une source de la motivation chez l'homme, le bénéfice que l'individu peut tirer en adoptant un comportement sexuel sans risque constitue une base importante de sa motivation à l'adopter ou pas. En effet, lorsque l'individu n'a pas une perception claire de l'intérêt qu'il a d'agir d'une manière particulière, sa motivation à le faire n'est pas garantie. Ceci remet en cause la tendance que l'on pourrait avoir de croire que l'objectif de réduction des risques sexuels visé par l'éducation à la sexualité est un bénéfice perçu par tous et que ce bénéfice est suffisant pour engager un changement de comportement. La notion de bénéfice est parfaitement exploitée dans le secteur industriel où sont régulièrement mis en avant dans les spots publicitaires les bénéfices que pourrait tirer le consommateur d'un produit. Plus le consommateur désire profiter des bénéfices associés au produit, plus son comportement d'achat y est favorable. Comme dans le secteur industriel, il importe de mettre en lumière les bénéfices immédiats et à long terme que pourrait tirer l'individu en adoptant un comportement sexuel spécifique. Ces bénéfices sont alors susceptibles de motiver l'individu à adopter des pratiques sexuelles saines.

Il est cependant nécessaire de remarquer que le bénéfice peut aussi être à la base d'un comportement sexuel à risque. Qualifié dans ce cas de *"bénéfice secondaire"*, il prédis-

5. Agence de la Santé Publique du Canada (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Ottawa : ASPC.

pose l'individu à se comporter de manière *a priori* risqué, parce qu'inconsciemment ce comportement néfaste lui procure un certain avantage. Par exemple, dans un contexte socioculturel où la multiplication des partenaires sexuels est associée à un certain prestige et constitue donc un comportement valorisant pour celui qui l'adopte, les risques qu'un tel comportement pourrait entraîner sont minorés, voire ignorés. Dans ce cas de figure, le bénéfice que l'action éducative souhaite valoriser doit être suffisamment original et important pour supplanter le bénéfice secondaire qui, à ce stade, n'est pas simplement une promesse pour l'individu, mais une réalité qu'il expérimente déjà.

Ainsi, qu'il soit primaire ou secondaire, l'obtention d'un bénéfice est à la base de plusieurs comportements, qu'ils soient sans risque ou pas. Il est donc nécessaire en éducation à la sexualité de bien mettre en exergue dans les interventions, les bénéfices individuels et collectifs que l'on peut tirer en adoptant un comportement sexuel responsable.

Dans tous les cas, le rapport comportement/bénéfice présenté dans une action d'éducation à la sexualité devrait être tel que l'intérêt de souscrire au comportement pour accéder au bénéfice soit assez fort pour motiver à l'action.

2.5 Un milieu favorable à la réduction des risques sexuels

L'influence de l'environnement sur le comportement sexuel est indéniable (Wafo, 2012). Plusieurs travaux sur la sexualité des jeunes menés en Afrique subsaharienne (Antoine, Ouédraogo & Piché, 1998 ; Ankomah & Ford, 1993 ; Banza Kalambayi, 2004 ; Biaya, 1997 ; Gorgen, Maier & *al.*, 1993 ; Irvin, 2000 ; Kuate-Defo, 2000 ; Meekers, 1992 ; 1997 ; 1999 ; 2002 ; Nyanzi, Pool et *al.*, 2001 ; Ombolo, 1991 ; Omokaro, 2009 ; Petit & Tchetgnia, 2009 ; Rwenge, 1999a ; 1999b ; 2000 ; 2002 ; 2003 ; 2004 ; 2006 ; Sami Tchak, 2002) ont montré la prégnance des facteurs sociaux sur le comportement sexuel des jeunes. Ces recherches montrent par exemple que, dans les pays d'Afrique subsaharienne, les facteurs liés à la construction sociale de la masculinité et de la féminité, à l'adaptation aux réalités socioéconomiques, à la mutation du modèle social, à l'influence du cadre familial, et au cadre institutionnel, favorisent une sexualité précoce, particulièrement chez les jeunes filles. Les conclusions de ces travaux suggèrent que l'éducation à la sexualité doit permettre à l'individu de se rendre compte de l'influence du milieu dans lequel il évolue sur son comportement sexuel. Elle doit permettre à l'individu d'acquérir des aptitudes nécessaires pour cerner les pratiques sociales qui agissent sur son comportement sexuel et qui sont susceptibles d'entraver ses efforts pour préserver sa santé. Il s'agit notamment pour lui d'appréhender l'importance de la pression des pairs sur son propre comportement sexuel, l'influence du groupe social dans lequel il vit, l'influence des stéréotypes ou encore de l'environnement médiatique sur la fabrique de ses conceptions sur la sexualité et sur la pratique d'une sexualité sans risque, la portée des textes juridiques sur sa vie sexuelle. En somme, l'individu doit pouvoir grâce à cette action éducative, développer « la résistance à l'emprise de l'environnement ... et la capacité à identifier les soutiens et les ressources locales » (Jourdan, 2010, p. 81).

Ce composant du modèle conceptuel d'éducation à la sexualité accorde ainsi une importance spécifique aux mécanismes sociaux susceptibles d'induire des comportements sexuels individuels et collectifs spécifiques. En effet, chaque société valorise implicitement ou explicitement des comportements sexuels qu'elle juge acceptables, même s'ils ne sont pas

sans risque pour la santé. La perspective socioculturelle du comportement sexuel objecte ainsi toute tentative d'universalisation du contenu théorique de la composante et invite à une absolue adaptation au cadre de référence socioculturel dans lequel on se situe. En outre, les valeurs socioculturelles étant susceptibles de varier d'une période à une autre au sein d'une même société, il importe de réviser les conceptions théoriques associées aux comportements sexuels individuels et collectifs des individus.

2.6 Les attitudes et aptitudes favorables à un comportement sexuel sans risque

Le concept d'attitude est un concept complexe qui donne lieu à diverses définitions suivant le domaine d'études (sociologique, anthropologique, psychologique, etc.) et les auteurs (Ouellet, 1978 ; Potvin & Rousseau, 1993). En se basant sur les caractéristiques similaires entre les définitions de plusieurs auteurs, Potvin et Rousseau (1998) définissent l'attitude comme

« (...) une tendance relativement stable d'une personne. Elle peut être vue comme étant un système permanent d'évaluations positives ou négatives permettant de prédire la réaction d'une personne dans des conditions connues » (p. 134).

Elle est relativement stable dans la mesure où elle peut changer, l'attitude étant définie comme un construit. L'attitude influence plus ou moins le comportement de l'individu, elle l'incline à une conduite, à une façon d'être ou d'agir face à une situation spécifique.

Comme autre définition de l'attitude, Potvin et Rousseau (1993) citent Morissette et Gingras (1989) qui la définissent comme

« une disposition intérieure de la personne qui se traduit par des réactions émotives modérées qui sont apprises puis ressenties chaque fois que cette personne est en présence d'un objet (ou d'une idée ou d'une activité) ; ces réactions émotives la portent à s'approcher (à être favorable) ou à s'éloigner (à être défavorable) de cet objet » (p. 134).

Pour sa part, Ouellet (1978) cite Paillard (1959) qui relève que les différentes définitions de l'attitude ont en commun « l'idée d'une prédisposition plus ou moins permanente et plus ou moins spécifique susceptible, dans certaines situations, d'infléchir et d'orienter l'action du sujet dans une direction privilégiée » (p. 366). En effet, l'attitude représente finalement un ensemble de règles de nature sociale et affective, qui régissent le comportement de l'individu dans toutes ses expressions (Brien, 1992 ; Vienneau, 2011).

Toutes ces définitions rendent compte de l'influence que l'attitude de l'individu est susceptible d'avoir sur son comportement en général, et son comportement sexuel en particulier.

D'après Wechsler (1949), l'aptitude « c'est le pouvoir d'exécuter des actes répondant à une situation donnée » (p. 28). Il place ainsi l'aptitude au cœur de l'action. Dans ce sens, l'aptitude de l'individu à adopter ou non une conduite sans risque détermine également son comportement sexuel. En effet, le fait de disposer des connaissances et de la motivation nécessaires ne garantit pas que l'individu puisse adopter efficacement un comportement sexuel sans risque s'il ne dispose pas des aptitudes nécessaires. C'est pourquoi une formation sur les habilités inhérentes à une pratique sexuelle sans risque constitue un facteur essentiel pour accroître les possibilités de l'individu à adopter les pratiques sexuelles sans risque souhaitées (Irvin, 2000). Il s'agit notamment de développer

les habilités pratiques pour adopter le comportement (capacité à poser un acte, capacité à négocier des pratiques) et l'auto-efficacité pour se l'approprier (confiance en sa capacité à poser efficacement l'acte, confiance en sa capacité à négocier efficacement des pratiques) [6]. Pour Irvin (2000), le développement des aptitudes nécessaires à la négociation du comportement sexuel et à la résistance à la pression sociale constituent des aspects importants pour qu'un programme d'éducation à la sexualité soit efficace.

3 Conclusion

Le modèle conceptuel en éducation à la sexualité que nous venons de présenter suggère que l'articulation de ses différentes composantes dans l'élaboration d'un programme d'éducation à la sexualité est susceptible de permettre aux jeunes de développer des capacités d'agir, de choisir et de décider d'une manière autonome et responsable, ainsi que les capacités d'affronter les réalités de la vie sexuelle et faire face à la complexité de la sexualité. Il prend en considération la vulnérabilité du comportement sexuel de l'individu face aux pratiques sociales de référence et met en exergue l'influence des conceptions individuelles dans tout le processus conduisant à la réduction de la prise de risque sexuel. Contrairement au modèle biomédical, le modèle conceptuel en éducation à la sexualité prend en compte la multiplicité des facteurs qui prédispose l'individu aux risques sexuels et circonscrit à travers ses différentes composantes les champs théoriques à explorer dans le cadre de l'élaboration d'une action en éducation à la sexualité. La perspective socioculturelle de la sexualité rend inopérante toute tentative d'universalisation des contenus théoriques des différentes composantes dans le cadre des actions en éducation à la sexualité, l'adaptation étant préconisée. Cette adaptation socioculturelle des contenus théoriques n'est possible que si leur définition s'appuie sur une logique de méthodologie de projet en santé. En effet, l'usage de ce modèle dans les projets d'éducation à la sexualité implique une démarche rigoureuse intégrant une phase d'analyse de la situation, une phase d'élaboration de l'intervention, une phase de mise en œuvre et une phase d'évaluation.

- L'analyse de la situation permet de faire un état du niveau d'information du public cible sur la sexualité. Elle évalue aussi le niveau de motivation, les attitudes et aptitudes que possède le public cible relativement aux comportements susceptibles de réduire les risques sexuels. L'analyse de la situation évalue enfin les facteurs sociaux susceptibles d'influencer les décisions des individus en matière de sexualité.

- En se basant sur les données issues de la phase d'analyse de la situation, la phase d'élaboration de l'intervention vise à définir le contenu des programmes susceptibles de combler les déficiences relevées. De même, elle permet d'opérationnaliser l'intervention et de choisir ou concevoir les outils nécessaires pour la mise en œuvre. Cette élaboration de l'intervention doit tâcher de s'appuyer sur les atouts dont dispose préalablement le public cible, ces atouts représentant pour ce dernier de véritables renforçateurs de développement de compétences.

- La phase de mise en œuvre concerne la réalisation de l'intervention proprement dite. Elle doit pouvoir se faire dans un délai relativement court après la phase de l'analyse de

6. Agence de la Santé Publique du Canada (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Ottawa : ASPC.

la situation. En effet, les données recueillies n'ont plus le même intérêt après un certain temps.

- La phase d'évaluation est nécessaire pour vérifier que l'intervention a eu l'effet escompté et que tous les objectifs ont été bien atteints à la fin de l'action.

4 Bibliographie

Ankomah, A. & Ford, N. (1993). *Pre-marital sexual behaviour and its implications for HIV prevention in Ghana*. Exeter : Institute of Population Studies.

Antoine, P., Ouédraogo, D. & Piché, V. (1998). *Trois générations de citadins au Sahel*. Paris : L'Harmattan.

Banza Kalambayi, B. (2004). *Enquête sur la sexualité et les comportements sexuels à risque auprès des jeunes de Kinshasa (R.D. Congo) : Méthodologie de collecte et limites de l'enquête*. Communication présentée à la Chaire Quételet : Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action, Louvain-la-Neuve, les 17-20 novembre 2004.

Berger, D., Rochigneux, J.-C., Courty, P. & Jourdan, D. (2007). Éducation à la sexualité en SEGPA : analyse des représentations et des pratiques des équipes pédagogiques. *Carrefours de l'éducation, 2*(24), 73-87.

Berger, D. & Khzami, S.-E. (2008). Description et déterminants des conceptions des enseignants de 4 pays méditerranéens sur l'éducation à la sexualité. *Santé Publique, 6*, 527-545.

Berger, D. & Rochigneux, J.-C. (2010). *Éducation à la sexualité et SEGPA : représentations et pratiques des équipes pédagogiques*. In D. Loizon, L. Dedieu, M. Stallaerts-Simonot, D. Berger (Eds.), *Éducation à la santé : enjeux et dispositifs à l'école* (pp. 449-470). Toulouse : Éditions du sud.

Berger, D., Bernard, S., Wafo, F., Hrairi, S., Balcou-Debussche & Simoes De Carvalho, G. (2011). Éducation à la santé et à la sexualité : qu'en pensent les enseignants ? Étude comparative dans 15 pays. *Carrefours de l'éducation, 32,* 81-104.

Berger, D. (2011). *Éducation à la santé en milieu scolaire : problématique actuelle et perspectives de recherches* (Habilitation à diriger les recherches). Université Claude Bernard Lyon 1, Institut Universitaire de Formation des Maîtres, Lyon.

Bernoux, P. (1985). *La sociologie des organisations*. Paris : Éditions du seuil.

Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse, 6,* 1511-1513.

Biaya, T.K. (1997). Les paradoxes de la masculinité africaine moderne. Une histoire de violences, d'immigration et de crises. *Canadian Folklore, 19* (1), 89-112.

Brenot, P. (2007). *L'éducation à la sexualité*. Paris : PUF.

Brien, R. (1992). *Design pédagogique. Introduction à l'approche de Gagné et de Briggs*. Ottawa : Les Éditions Saint-Yves.

Broussouloux, S. & Houzelle-Marchal, N. (2006). *Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis : Edition INPES.

Bruchon-Schweitze, M. (2002). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.

Bury, J.A. (1988). *Éducation pour la santé : Concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck & Larcier S.A.

Changeux, J. P. (2002). *L'Homme de vérité*. Paris : Odile Jacob.

Clément, P. (1994). Représentations, conceptions, connaissances. In A. Giordan, Y. Girault, P. Clément (Eds.), *Conceptions et connaissances* (pp. 15-45). Berne : Peter Lang.

Communal, L., Guigné, C. & Rozier C. (2010). *Éducation à la sexualité au collège et au lycée*. Grenoble : SCEREN SCRD Académie de Grenoble.

Desaulniers, M-P. (2001). *L'éducation sexuelle : Fondements théoriques pour l'intervention*. Montréal : Éditions Nouvelles.

Develay, M. (1992). *De l'apprentissage à l'enseignement : pour une épistémologie scolaire*. Paris : ESF.

Engel, GL. (1977). The need for a new medical model : A challenge for biomedicine. *Science, 196,* 129-136.

Engel, GL. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am. J. Psychiatry, 137*(5), 535-544.

Eymard, C. (2004). Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. *Questions vives. 2*(5), 13-34.

Fischer, G-N. & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts Fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod.

Gilmore, D.G. & Campbell, D.M. (2005). *Needs and capacity assessment strategies for Health, Education and Health Promotion*. Boston : Jones and Bartlett Publishers

Giordan, A. & De Vecchi, G. (1987). *Les origines du savoir. (S.l)*. Neuchâtel-Paris : Delachaux & Niestlé.

Giordan, A. & De Vecchi, G. (1990). *Les origines du savoir (2e éd.)*. Lausanne : Delachaux & Niestlé.

Giordan, A., Girault, Y. & Clément, P. (1994). *Conceptions et connaissances*. Berne : Peter Lang.

Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé, 8*(1), 67-94.

Gorgen, R., Maier, B. & Diesfeld, H.J. (1993). Problem related to schoolgirl pregnancies in Burkina Faso. *Studies in Family Planning, 24*(5), 283-294.

Irvin, A. (2000). *La mesure de notre courage : éduquer les adolescents du Nigéria et du Cameroun sur la sexualité et le genre*. New-York : International Women's Health Coalition.

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) (2001). *Éducation pour la santé des jeunes : Démarches et méthodes*. Paris : INSERM.

Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé : quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : INPES.

Juneau, C., Jones, C., MacQueen, D. & Potvin, L. (2011). Promotion de la santé basée sur des données probantes : un domaine émergeant. *Global Health Promotion, 18* (1), 122-133.

Kuate-Defo, B. (2000). L'évolution de la nuptialité des adolescentes au Cameroun et ses déterminants. *Population, 55*(6), 941-973.

Lieury, A. & Fenouillet, F. (2010). Motivation et découragement. In A. Lieury (Dir.), *Motivation et Psychologie pour l'enseignant* (pp. 157-176). Paris : Dunod

Manderscheid, J-C. (1994). Modèles et principes en éducation pour la santé. *Revue française de pédagogie, 107*, 81-96.

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York : Harper & Row.

Meekers, D. (1992). Sexual initiation and premarital childbearing in Sub-Saharan Africa. *Population Studies, 48,* 47-64.

Meekers, D. & Calvès, A.E. (1997). "Main" girlfriends, girlfriends, marriage and money : the social context of HIV risk behaviour in Sub-Saharan Africa. *Health Transition Review, 7* (Supplement), 361-375.

Meekers, D., Calvès, A. (1999). Gender differentials in adolescent sexuel activity and reproductive health risks in Cameroun. *African Journal of Reproductive Health, 3*(2), 51-67.

Meekers, D., Klein, M. (2002). Determinants of condom use among young people in urban Cameroon. *Studies in Family Planning, 33*(4), 335-346.

Nyanzi, S., Piscine, R. & Kinsman, J. (2001). The negotiation of sexual relationships among school pupils in South-Western Uganda. *AIDS CARE, 13*(1), 83-98.

Ogden, J. (2007). *Health Psychology : A textbook (4e éd.)*. Buckingham : Open University Press.

Ogden, J. (2011). *Psychologie de la santé*. Bruxelles : De Boeck

Ombolo, J. P. (1991). *Sexe et société en Afrique noire*. Paris : L'Harmattan

Omokaro, F.G. (2009). Féminité et masculinité bamakoises en temps de globalisation. In *La fabrique des identités sexuelles*, *Revue des sciences sociales du Sud* (pp.189-204). Paris : IRD.

Ouellet, A. (1978). Analyse du concept attitude : du concept théorique au concept opératoire. *Revue des sciences de l'éducation, 4*(3), 365-374.

Organisation Mondiale de la Santé (2005). *Programme d'Orientation sur la Santé des Adolescents destiné aux Prestataires de Soins de santé*. Genève : O.M.S.

Pelège, P. & Picod, C. (2010). *Éduquer à la sexualité (2e éd.)*. Lyon : Chroniques sociales.

Petit, V. & Tchetgnia, L. (2009). Les enjeux de la sexualité transactionnelle pré-maritale en milieu urbain Camerounais. *Autrepart, 49*, 205-222.

Potvin, P. & Rousseau, R. (1993). Attitudes des enseignants envers les élèves en difficulté scolaire. *Revue Canadienne de l'Éducation, 18*(2), 132-149.

Rwenge Mburano, J.-R. (1999a). *Facteurs contextuels des comportements sexuels : le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun)*. Rapport d'étude n° 40, Yaoundé : IFORD.

Rwenge Mburano, J.-R. (1999b). Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique subsaharienne : une synthèse. In, C. Becker, J.-P. Dozon, C. Obbo & M. Touré (Eds). *Vivre et penser le sida en Afrique : Experiencing and understanding AIDS in Africa* (pp. 217-236). Paris : Codesria, Karthala & IRD.

Rwenge Mburano, J.-R. (2000). Comportements sexuels à risques parmi les jeunes de Bamenda, au Cameroun. *Perspectives Internationales sur le Planning Familial, Numéro Spécial*, 3-18 & 35.

Rwenge Mburano, J.-R. (2002). *Culture, genre, comportements sexuels et MST/SIDA au Cameroun : province de l'Ouest et du Centre*. Yaoundé : IFORD.

Rwenge Mburano, J.-R. (2003). Statut de la Femme et Utilisation des Condoms au Cameroun. *African Journal of Reproductive Health, 7*(2), 74-88.

Rwenge Mburano, J.-R. (2004). Les différences ethniques des comportements sexuels au Cameroun : l'exemple des Bamiléké et Béti. *African Population Studies, 19*(2), 159-190.

Rwenge Mburano, J.-R. (2006). Genre et sexualité des jeunes à Bafoussam et Mbalmayo, Cameroun. *African Population Studies/Etude de la Population Africaine, 21*(2), 125-155.

Tchak, S. (2002). *La sexualité féminine en Afrique*. Paris : L'Harmattan.

Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques*. Liège : Mardaga.

Vienneau, R. (2011). *Apprentissage et enseignement. Théories et pratiques*. Montréal : Chenelière Éducation Inc.

Wafo, F. (2012). *Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d'Afrique subsaharienne : l'exemple du Cameroun*. Thèse de doctorat non publiée, Université Claude Bernard-Lyon 1.

Wechsler, D. (1949). La relation entre les aptitudes et l'intelligence. *L'année psychologique, 51,* 27-34.

Yurën, T. (2000). *Quelle éthique en formation*. Paris : L'Harmattan.

Références sur le web :

Berger, D., Bernard, S., Tracana, R. & Simoes De Carvalho, G. (2010). *Éducation à la santé et à la sexualité : représentations sociales, conceptions individuelles et pratiques d'enseignants de 15 pays*. In *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation* (AREF), Université de Genève, septembre [en ligne]. https ://plone.unige.ch/aref2010/symposiums-longs/coordinateurs-en-p/education-et-sante-4eme-partie-representations-des-acteurs/Education%20a%20la%20sante.pdf (16/01/2015).