

ÉDITION CONDENSÉE

PRINCIPES DIRECTEURS ET PROGRAMMATIQUES INTERNATIONAUX SUR  
**L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA  
SEXUALITÉ EN MILIEU EXTRASCOLAIRE**

UNE APPROCHE FACTUELLE DES PROGRAMMES NON OFFICIELS  
PROPOSES EN DEHORS DES ENVIRONNEMENTS SCOLAIRES



Édition condensée

PRINCIPES DIRECTEURS ET PROGRAMMATIQUES INTERNATIONAUX SUR

# L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SEXUALITÉ

## EN MILIEU EXTRASCOLAIRE

Une approche factuelle des programmes non officiels  
proposés en dehors des environnements scolaires



Publié par le Fonds des Nations Unies pour la  
Population (UNFPA)

605 Third Avenue, New York, NY 10158, États-  
Unis d'Amérique

Copyright © United Nations Population Fund  
(UNFPA), 2020

ISBN 978-08-9-714045-4

## Avant-propos

Notre monde actuel connaît l'une des plus grandes générations de jeunes et adolescents de l'histoire. En investissant dans leur santé et dans leur éducation, les gouvernements peuvent soutenir l'engagement de ces jeunes dans la société, veiller à leur bien-être et les aider à réaliser leur plein potentiel. À mi-chemin entre l'éducation et la santé, l'éducation complète à la sexualité (ECS) est essentielle pour faire progresser les résultats sur le plan de la santé ainsi que l'égalité des genres. Elle fournit aux jeunes les outils dont ils ont besoin pour avoir une vie et des relations saines, et les aide à prendre des décisions capitales concernant leur santé sexuelle et reproductive.

Pourtant, chaque jour, de nombreux jeunes et adolescents reçoivent des messages scientifiquement incorrects, contradictoires et déroutants au sujet de la sexualité et des genres. Ils sont ainsi exposés à de graves risques concernant leur santé, leur bien-être et leur dignité. Ces conséquences néfastes sur la santé sexuelle et reproductive sont, aujourd'hui, une réalité pour de nombreux jeunes. Une ECS efficace à grande échelle s'impose donc d'urgence. Publiés par l'UNFPA en collaboration avec les organisations UNESCO, UNICEF, ONUSIDA et OMS, les *Principes directeurs et programmatiques internationaux sur l'éducation complète à la sexualité en milieu extrascolaire* illustrent notre engagement commun à traiter ces problèmes.

Ils s'inscrivent dans un élan croissant vers l'ECS à l'échelle mondiale, et coïncident avec le 50e anniversaire de l'UNFPA, mais aussi avec le 25e anniversaire de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, dont le Programme d'action révolutionnaire est actuellement mis en œuvre. Les présents Principes directeurs soutiennent également la mise en œuvre du Programme de Développement Durable à l'horizon 2030, qui cible les groupes laissés pour compte, notamment les jeunes, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH, les communautés autochtones, les réfugiés et les migrants. Comme beaucoup de ces personnes ne sont pas scolarisées, et sachant que celles qui le sont risquent de ne bénéficier d'aucune ECS, les programmes extrascolaires peuvent aider à combler ces lacunes et à répondre efficacement à leurs besoins.

Les présents Principes directeurs complètent et font référence aux *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité* publiés en 2018. S'appuyant sur des données collectées et intégrées dans une approche basée sur les droits humains, cette édition extrascolaire fournit des lignes directrices et des recommandations concrètes pour faire en sorte que les jeunes et adolescents les plus vulnérables reçoivent des informations leur permettant d'acquérir les connaissances et les compétences grâce auxquelles ils seront à même de faire des choix éclairés concernant leur santé sexuelle et reproductive.

Avec nos partenaires contributeurs, à savoir l'UNESCO, l'UNICEF, l'ONUSIDA et l'OMS, nous, à l'UNFPA, exhortons les concepteurs de programmes à appliquer ces directives complètes pour favoriser l'autonomisation, l'autodétermination et la santé des jeunes les plus exposés à des conséquences négatives. Il s'agit, entre autres, des personnes subissant violence et discrimination, marginalisation, pauvreté, et vivant avec le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'avec des problèmes de santé mentale. Nous nous engageons à renforcer et à encourager les valeurs universelles défendues dans les présents Principes directeurs, parmi lesquelles l'égalité des genres, la dignité, l'inclusion sociale et les droits humains pour tous.

Nous poursuivrons nos efforts jusqu'à ce que chaque jeune obtienne les connaissances nécessaires pour vivre une vie saine, la possibilité d'atteindre son plein potentiel et la latitude nécessaire pour contribuer à bâtir un avenir meilleur pour tous.

Dr Natalia Kanem

*Directrice exécutive de l'UNFPA*

# Acronymes et abréviations

<b>APCOM</b>	Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health	<b>ONU Femmes</b>	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
<b>APN+</b>	Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS	<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>ECS</b>	Éducation complète à la sexualité	<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>GNP+</b>	Global Network of People Living with HIV/AIDS	<b>UNDP</b>	United Nations Development Programme (Programme des Nations Unies pour le développement, PNUD)
<b>INPUD</b>	International Network of People who Use Drugs	<b>UNESCO</b>	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture)
<b>IPPF</b>	International Planned Parenthood Federation	<b>UNFPA</b>	United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la population)
<b>IRC</b>	International Rescue Committee	<b>UNHCR</b>	United Nations High Commissioner for Refugees (Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés)
<b>ITGSE</b>	Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité	<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
<b>LGBQ+</b>	orientations sexuelles non hétérosexuelles : identification en tant que personne lesbienne, gay, bisexuelle, pansexuelle, asexuelle, autre	<b>UNODC</b>	United Nations Office on Drugs and Crime (Office des Nations unies contre la drogue et le crime)
<b>LGBTQ+</b>	<i>orientations telles que : identification en tant que personne lesbienne, gay, transgenre et « queer/non-cisgenre » (par exemple personne non binaire/variantelagendre)</i>	<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>NSWP</b>	Global Network of Sex Work Projects		
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé		
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies		

## Remerciements

Les travaux associés aux présents Principes directeurs ont été initiés, coordonnés et élaborés par **Ilya Zhukov**, *coordinateur mondial pour l'éducation complète à la sexualité (ECS) de la Section Santé sexuelle et reproductive de la division technique de l'UNFPA*. Ces Principes directeurs ont été rédigés par **Andrea Irvin**, *consultante spécialisée dans les questions relatives à l'éducation à la sexualité, au genre et aux droits y afférents* avec, notamment, la participation et les contributions de **Lili Warren**, *stagiaire à l'UNFPA*, et d'**Ilya Joukov**. **Marina Plesons** et **Venkatraman Chandra-Mouli**, *Département Santé et recherche génésiques de l'OMS*, ont rédigé du contenu supplémentaire pour le texte. Les modifications permettant la publication d'une édition condensée de ces Principes directeurs ont été réalisées par **James Baer**.

Nous remercions chaleureusement pour leurs contributions essentielles à ces Principes directeurs les personnes suivantes, qui ont aimablement accepté d'être interrogées sur les besoins en matière d'éducation à la sexualité de certains groupes spécifiques d'enfants et de jeunes, formulé des commentaires sur la version préliminaire des Principes directeurs, participé à la consultation mondiale d'experts qui s'est tenue les 12 et 13 décembre 2017 à Oslo ou apporté leur contribution de quelque autre manière que ce soit.

**Oliver Anene** *HIV Young Leaders Fund*  
**Matthew Barclay** *Gallaudet University*  
**Maria Bakaroudis** *UNFPA*  
**Arup Barua** *stagiaire à l'OMS*  
**Elizabeth Benomar** *UNFPA*  
**Kimberly Berg** *New York State Developmental Disabilities Planning Council*  
**Amie Bishop** *consultante spécialisée dans les questions de santé et les droits humains*  
**Rune Brandrup** *UNFPA*  
**Jalna Broderick** *Quality of Citizenship Jamaica*  
**Pierre Brouard** *University of Pretoria & Psychological Society of South Africa*  
**Kelwyn Browne** *Asian Development Bank*  
**Christopher Castle** *UNESCO*  
**Stavika Chalasani** *UNFPA*  
**Tanaka Chirombo** *National Association for Young People Living with HIV (Malawi)*  
**Emily Christie** *ONUSIDA*  
**Esther Corona Vargas** *World Association for Sexual Health*  
**Chu Thanh Ha** *It's Time (hommes transsexuels)*  
**Amelia Coleman** *UNFPA*  
**Paul-Gilbert Colletaz** *Global Network of Sex Work Projects*  
**Raine Cortes** *Asia Pacific Transgender Network*  
**Cristina De Carvalho Eriksson** *UNICEF*

**Ralph DiClemente** *New York University*  
**Mary Donohue** *New York City Educational Services and Adult Day Services Departments*  
**Danielle Engel** *UNFPA*  
**Ingunn Eidhammer** *Agence norvégienne de coopération et de développement*  
**Adenike Esiet** *Action Health Incorporated*  
**Bente Faugli** *UNFPA*  
**Jessica Fields** *San Francisco State University*  
**lehente Foote** *Native Youth Sexual Health Network*  
**Hayley Gleeson** *Fédération internationale pour la planification familiale*  
**Lianne Marie Gonsalves** *OMS*  
**Hunter Gray** *UNESCO*  
**Gaj B. Gurung** *Youth LEAD*  
**Marli Gutierrez-Patterson** *Asia Pacific Transgender Network*  
**Jill Hanass-Hancock** *South African Medical Research Council*  
**Camilla Holst Salvesen** *Agence norvégienne de coopération et de développement*  
**Laura Hurley** *Fédération internationale pour la planification familiale*  
**Felicia Jones** *UNHCR*  
**Axel Keating** *InterACT*  
**Niki Khanna** *consultante*  
**Elena Kiryushina** *ONUSIDA*  
**Anneka Knutsson** *UNFPA*  
**Poorna Kushalnagar** *Gallaudet University*  
**Irene Kuzemko** *Intersex Russia, Organization Intersex International (OII) Europe, & InterACT*  
**Shahnaz Islamova** *ONG Tais Plus*  
**Jonathan Leggette** *InterACT, Human Rights Campaign, & GLAAD*  
**Jose Roberto Luna** *UNFPA*  
**Deus Lupenga** *Ministère du Travail, de la Jeunesse, des Sports et du Développement de la main-d'œuvre du Malawi*  
**Sarah Martin** *spécialiste de la prévention et de la lutte contre la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence*  
**Neil McCulloch** *Global Network of Sex Work Projects*  
**Katherine McLaughlin** *Elevatus Training LLC*  
**Jeff Migliozi** *Perkins School for the Blind*  
**Petar Mladenov** *CSE Advocacy Hub*  
**Kuraish Mobiru** *Uganda Young Positives*  
**Lebogang Motsumi** *African Youth and Adolescents Network on Population and Development*  
**Geeta Narayan** *UNFPA*  
**Lada Nuzhna** *Eurasian Union of Adolescents and Youth Teenergizer*  
**Grace Osakue** *Girls' Power Initiative*

**Yana Panfilova** *Eurasian Union of Adolescents and Youth Teenergizer*

**Piotr Pawlak** *consultant spécialiste des questions relatives au genre*

**Maureen Phiri** *National Youth Network (Malawi)*

**Kenita Placide** *Eastern Caribbean Alliance for Diversity and Equality*

**Deepa Prasad** *UNFPA*

**Habib Rahman** *Asia Pacific Network of Sex Workers*

**Inad Rendon** *APCOM*

**Arturo Requesens Galnares** *Secrétariat de l'Instance permanente sur les questions autochtones*

**Amanda Saenz** *InterACT*

**Brian Schreifels** *Elevatus Training LLC & The Arc Minnesota*

**Elizabeth Schroeder** *experte en éducation à la sexualité*

**Consuelo Senior** *Young Adult Institute*

**Leila Sharifi** *UNFPA*

**Venkatesh Srinivasan** *UNFPA*

**Nalini Srivastava** *UNFPA*

**Dany Stolbunov** *Eurasian Union of Adolescents and Youth Teenergizer*

**Anna Szczegielniak** *Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights*

**Gilles Virgili** *UNFPA*

**Emilie Wiederud** *ACT Alliance and Church of Sweden*

**Jennie Williams** *consultante spécialiste des questions relatives au genre et au trafic d'êtres humains*

**Kay Thi Win** *Asia Pacific Network of Sex Workers*

**Susan Wood** *International Women's Health Coalition*

**Natalia Zakareshvili** *UNFPA*

**Kimberly Zieselman** *InterACT ; et les membres du personnel/de la direction et jeunes militants d'InterACT*

Nous tenons également à remercier tout particulièrement les collègues des autres organismes des Nations Unies ayant fourni soutien, contributions et observations tout au long du processus.

**Jenelle Babb** *UNESCO*

**Sally Beadle** *UNESCO*

**Nazneen Damji** *ONU Femmes*

**Joanna Herat** *UNESCO*

**Elena Kudravtseva** *ONU Femmes*

**Hege Wagan** *ONUSIDA*

**Damilola Walker** *UNICEF*

Nos remerciements s'étendent aussi aux organisations suivantes, qui ont participé aux travaux de révision de la section dédiée à l'éducation par les pairs :

Advocates for Youth ; EuroNGOs ; Georgian Youth Development and Education Association ; Health Education and Research Association, Macedonia ; International Federation of Medical Students' Associations – Alumni ; International Institute for Youth Development PETRI–Sofia ; Red Crescent Society of Kyrgyzstan ; Y-PEER (Global, Albanie & Macédoine) ; Youth Sexual Awareness for Europe (YSAFE) ; YouAct ; Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights ; Youth LEAD.

Nous remercions également :

**Mika Yamai** (*UNFPA*) pour son soutien dans l'organisation, la direction de la consultation d'experts mondiaux et la production de rapports sur leurs travaux.

**La Norvège**, pour son soutien financier aux lancements régionaux et à la diffusion des Principes directeurs.

**PrintOnline.ru**, pour la conception graphique et la production des Principes directeurs.

# Table des matières

<b>Avant-propos</b> .....	<b>3</b>
<b>Acronymes et abréviations</b> .....	<b>4</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>5</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>8</b>
<b>1. Présentation générale de l'ECS en milieu extrascolaire</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Élaboration et mise en œuvre de l'ECS en milieu extrascolaire</b> .....	<b>11</b>
2.1 Élaboration des programmes .....	11
2.2 Mise en œuvre des programmes .....	13
2.3 Implication des éducateurs pairs dans l'ECS en milieu extrascolaire .....	15
2.4 Implication des parents ou tuteurs au programme d'ECS en milieu extrascolaire .....	17
2.5 Utilisation de la technologie dans le cadre de l'ECS en milieu extrascolaire .....	18
<b>3. Diffusion de l'ECS en milieu extrascolaire auprès de groupes spécifiques de jeunes</b> .....	<b>20</b>
3.1 Groupes sexospécifique .....	20
3.1.1 Jeunes filles et jeunes femmes .....	20
3.1.2 Jeunes garçons et jeunes hommes .....	21
3.2 Jeunes handicapés .....	22
3.2.1 Jeunes handicapés (approche générale) .....	22
3.2.2 Jeunes handicapés physiques .....	23
3.2.3 Jeunes souffrant de déficiences intellectuelles .....	24
3.2.4 Jeunes sourds ou malentendants .....	25
3.2.5 Jeunes non-voyants .....	26
3.2.6 Jeunes souffrant de troubles du spectre autistique .....	26
3.2.7 Jeunes souffrant de déficiences psychosociales .....	27
3.3 Jeunes vivant dans un contexte de crise humanitaire .....	28
3.4 Jeunes issus des populations autochtones .....	29
3.5 Jeunes lesbiennes/homosexuels/bisexuels et autres jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes .....	32
3.6 Jeunes personnes transgenres .....	34
3.7 Jeunes personnes intersexuées .....	36
3.8 Jeunes personnes vivant avec le VIH .....	37
3.9 Jeunes utilisateurs de drogues .....	39
3.10 Jeunes travailleurs du sexe .....	41
3.11 Jeunes placés en détention .....	42
<b>Glossaire des termes</b> .....	<b>45</b>

La première édition des *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité* a été publiée en 2009 par l'UNESCO, en collaboration avec l'ONUSIDA, l'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS. Dans les années qui ont suivi, le domaine de l'éducation complète à la sexualité (ECS) s'est considérablement élargi au niveau mondial et des évolutions positives ont été relevées en termes de climat politique et culturel, favorisant ainsi la mise en œuvre de l'ECS au niveau des pays, des régions et du monde entier.

En 2016 et 2017, l'UNESCO a mené un processus d'actualisation des Principes directeurs afin de prendre en compte les faits nouveaux constatés sur le terrain et de tirer profit des bonnes pratiques. L'édition révisée des Principes directeurs a été publiée en 2018 (UNESCO et al., 2018 ; toutes les autres références aux Principes directeurs au sein de cette publication se rapportent à l'édition révisée). Elle comprend une présentation générale de l'ECS ; des rapports factuels attestant de son efficacité et des sujets, concepts et objectifs pédagogiques fondamentaux scientifiquement valides devant être intégrés aux programmes d'ECS destinés à quatre groupes d'âge : 5 à 8 ans, 9 à 12 ans, 12 à 15 ans et 15 à 18 ans et plus. Elles proposent également des conseils sur la recherche d'appuis pour des programmes d'ECS efficaces, ainsi que sur la planification et la mise en œuvre de ces derniers. Les Principes directeurs peuvent être utilisés aussi bien dans le cadre scolaire qu'en milieu extrascolaire, mais se concentrent plutôt sur les programmes d'ECS proposés à l'école.

Suite à l'adoption, en 2015, du Programme de développement durable à l'horizon 2030, les organismes des Nations Unies et d'autres partenaires de développement se sont engagés à ne « laisser personne pour compte » et à aider les plus défavorisés. Parmi les enfants et les jeunes, les plus exclus sont souvent ceux qui sont déscolarisés et/ou sont confrontés à la discrimination et à des violations de leurs droits humains pour diverses raisons. Ces enfants et ces jeunes sont également les plus exposés à des problèmes de santé sexuelle et reproductive. En conséquence, les parties prenantes ont demandé l'élaboration d'un document de Principes directeurs distinct spécifiquement dédié à l'ECS en milieu extrascolaire.

## **Objectif des présents Principes directeurs**

La présente édition condensée des *Principes directeurs et programmatiques internationaux sur l'éducation complète à la sexualité en milieu extrascolaire* est destinée à être utilisée parallèlement aux Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité. Ces derniers fournissent les bases fondamentales de l'ensemble de l'ECS et proposent des définitions détaillées sur la nature de l'ECS (Principes directeurs, Section 2) ; sur sa capacité à traiter les problèmes liés à la santé et au bien-être rencontrés par les enfants et les jeunes (Section 3) ; ainsi que des études factuelles attestant de la pertinence de l'ECS (Section 4) ; des sujets, concepts et objectifs pédagogiques fondamentaux (Section 5) et des conseils permettant de travailler à l'obtention de soutiens et d'une planification pour mettre en œuvre les programmes de l'ECS (Section 6).

Les présents Principes directeurs viennent en complément des Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité et s'appuient sur ces derniers pour proposer des lignes directrices factuelles et axées sur les pratiques

spécifiques aux programmes d'ECS en milieu extrascolaire et aux programmes visant à répondre aux besoins de groupes spécifiques, qui ne sont généralement pas pris en compte dans les programmes d'ECS destinés aux enfants et aux jeunes. Cette publication propose des Principes directeurs programmatiques approfondis permettant d'élaborer des programmes d'ECS sûrs et adaptés à ces groupes d'enfants et de jeunes. Les présents Principes directeurs poursuivent ainsi les objectifs suivants :

- **fournir une définition claire de la notion d'ECS en milieu extrascolaire ;**
- **promouvoir une compréhension de la nécessité de la mise en œuvre de programmes d'ECS en milieu extrascolaire** en sensibilisant les publics visés aux problématiques relatives à la sexualité, à la santé et aux droits ainsi qu'aux préoccupations des enfants et des jeunes, y compris les groupes spécifiques d'enfants et de jeunes dont les besoins sont susceptibles d'être ignorés dans un cadre scolaire ;
- **proposer des lignes directrices permettant d'élaborer les programmes d'ECS en milieu extrascolaire**, notamment des programmes d'études et des supports d'enseignement et d'apprentissage factuels, adaptés à l'âge et au niveau de développement des participants, tenant compte des facteurs culturels et des éventuels traumatismes subis par les apprenants (voir p.14) et répondant aux besoins des groupes spécifiques d'enfants et de jeunes.

Cette publication est une édition condensée de la version intégrale des Principes directeurs. Elle contient les informations pratiques les plus pertinentes concernant la planification, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes efficaces d'ECS en milieu extrascolaire. Une liste complète des références est disponible dans une annexe séparée. Outre les informations disponibles dans l'édition condensée, la version intégrale des Principes directeurs propose :

- une description de l'analyse bibliographique ayant servi de socle aux présents Principes directeurs ;
- une présentation plus détaillée des besoins de chaque groupe d'enfants et de jeunes abordés dans les présents Principes directeurs, ainsi qu'une description du statut de l'ECS pour chaque groupe ;
- une analyse attestant de l'efficacité de l'ECS en milieu extrascolaire, que ce soit globalement ou pour chacun des groupes spécifiques d'enfants et de jeunes évoqués dans les présents Principes directeurs ;
- des descriptions détaillées portant sur un certain nombre d'approches et de concepts pédagogiques ;
- une étude de l'état actuel de l'ECS en milieu extrascolaire, ainsi que des opportunités et des difficultés rencontrées dans le cadre de sa mise en œuvre.

## **Utilisateurs ciblés par les présents Principes directeurs**

Les présents Principes directeurs visent à aider toute personne ou entité participant à l'élaboration ou à la mise en œuvre de programmes d'ECS au sein d'environnements extrascolaires. Sont ici concernés les institutions gouvernementales, les organisations nationales et internationales de la société civile, les organisations communautaires, les organismes des Nations Unies et les jeunes.

# 1. Présentation générale de l'ECS en milieu extrascolaire

## Structure des Principes directeurs

La **Section 1** propose une présentation de l'ECS en milieu extrascolaire, notamment sa définition, ses objectifs, les rôles qui y sont associés, les opportunités qu'elle génère et les limites de son efficacité.

La **Section 2** présente les directives générales d'élaboration et de mise en œuvre de l'ECS en milieu extrascolaire et propose des lignes directrices concernant le recrutement des éducateurs pairs, l'implication des parents ou des tuteurs et l'utilisation de la technologie. Elle contient également des recommandations applicables aux groupes de population évoqués dans la Section 3.

La **Section 3** propose des directives concernant la mise en œuvre de programmes d'ECS en milieu extrascolaire destinés à des groupes spécifiques d'enfants et de jeunes (en reconnaissant que de nombreux enfants et jeunes peuvent appartenir à plusieurs de ces groupes à la fois) : groupes non mixtes, jeunes handicapés, jeunes confrontés à des crises humanitaires, jeunes issus de populations autochtones, jeunes personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, non binaires/variantes, transgenres, intersexuées, vivant avec le VIH, utilisatrices de drogues, travailleuses du sexe ou placées en détention.

## Méthode d'élaboration des présents Principes directeurs

En 2017, l'UNFPA a commandité une analyse bibliographique portant sur l'efficacité de l'ECS en milieu extrascolaire. Celle-ci a été confiée à un groupe d'experts techniques du monde entier, spécialisés dans les domaines suivants : éducation, santé, développement des jeunes, droits humains et égalité des sexes, notamment des chercheurs, des fonctionnaires de ministères de l'Éducation, des personnes chargées de la mise en œuvre des programmes des ONG, des partenaires de développement et des jeunes.

Les conclusions de l'analyse bibliographique ont été présentées et débattues au cours d'une consultation d'experts mondiale organisée par l'UNFPA à la fin de l'année 2017, dans le cadre de laquelle les participants ont esquissé le plan des présents Principes directeurs.

Le feedback concernant ce projet a été utilisé pour la rédaction de la version finale des Principes directeurs, pour laquelle on a utilisé les contributions issues d'entretiens supplémentaires avec des experts d'âge et d'expérience variables, afin de veiller à ce qu'elles se fondent sur des pratiques éprouvées et répondent aux besoins des groupes spécifiques d'enfants et de jeunes. Des personnes spécialisées dans l'étude des besoins relatifs à la santé sexuelle et reproductive de ces groupes ont également participé à la révision des sections pertinentes. Les présents Principes directeurs se fondent donc sur des faits vérifiés, ainsi que sur les contributions d'un vaste éventail d'experts, tout en proposant le point de vue des jeunes concernés et une analyse des bonnes pratiques actuelles et des programmes efficaces. La version finale des Principes directeurs a été partagée avec les experts principaux et les coordinateurs des Nations Unies, qui ont apporté leurs contributions et fourni des commentaires.

La définition de l'ECS utilisée dans les présents Principes directeurs est celle de l'édition révisée des Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité :

« L'éducation complète à la sexualité est un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme<sup>1</sup> portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances factuelles, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir – dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité –, de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et sur celui des autres et, enfin, de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie. »

Les caractéristiques d'une ECS de haute qualité sont les suivantes :

- rigueur scientifique
- progressivité
- adaptation aux différents groupes d'âge et aux divers niveaux de développement
- processus axé sur des programmes d'études
- exhaustivité
- approche axée sur les droits humains
- approche axée sur l'égalité des genres
- pertinence culturelle et contextuelle
- transformativité
- capacité à développer des compétences fondamentales conduisant à des choix sains.

Des définitions détaillées de ces caractéristiques sont disponibles dans la Section 2.1 des Principes directeurs.

L'ECS en milieu scolaire est une ECS proposée aux élèves dans le cadre du programme scolaire (dans le cadre de l'emploi du temps ordinaire ou en dehors de celui-ci). Les Principes directeurs mettent l'accent sur le fait que l'ECS en milieu scolaire constitue « une importante opportunité d'offrir une éducation à la sexualité à un grand nombre de jeunes avant qu'ils ne commencent leur vie sexuelle, tout en leur proposant un environnement d'apprentissage structuré à cet effet ».

L'ECS en milieu extrascolaire, quant à elle, est une ECS proposée en dehors du programme scolaire. Elle peut contribuer à l'atteinte de plusieurs objectifs. Elle peut en effet :

- proposer une ECS à des enfants et des jeunes dont le programme scolaire ne prévoit pas d'ECS ;
- proposer une ECS à des enfants et des jeunes non scolarisés ;
- venir en complément de l'ECS en milieu scolaire, notamment lorsque celle-ci présente des problèmes de qualité ou d'exhaustivité ;
- proposer une ECS adaptée aux besoins de groupes spécifiques d'enfants et de jeunes.

L'ECS en milieu extrascolaire est importante, dans la mesure où l'UNESCO estime qu'à l'échelle mondiale, 263 millions d'enfants ne sont pas scolarisés ; 63 millions au niveau de l'école primaire, 61 millions au niveau du collège et 139 millions au niveau du lycée (ISU, 2018).

<sup>1</sup> Selon les Principes directeurs, « axé sur des programmes d'études » signifie qu'un document écrit oriente les activités d'enseignement destinées aux participants. Ce document « aborde les objectifs fondamentaux des enseignants, l'élaboration des objectifs d'apprentissage, la présentation des concepts et la délivrance de messages fondamentaux à la fois clairs et structurés. Ce processus peut être appliqué en milieu scolaire ou extrascolaire. »

L'ECS en milieu extrascolaire peut être dispensée dans le cadre de sessions physiques dirigées par des intervenants, des éducateurs pairs ou des parents, parfois à l'aide de ressources technologiques (ordinateurs, téléphones portables). Ces sessions peuvent se dérouler dans des environnements variés :

- organisations communautaires/de la société civile ;
- centres et clubs dédiés à la jeunesse ;
- hôpitaux/dispensaires ;
- camps d'été ;
- organisations religieuses ou à caractère confessionnel ;
- activités périscolaires de fin de journée (à l'exception de l'ECS dispensée par un enseignant à des élèves de son école, considérée comme ECS en milieu scolaire) ;
- en milieu familial (à l'aide de programmes structurés ayant trait aux relations parents-enfants) ;
- environnements professionnels ;
- environnements correctionnels institutionnels, par exemple prisons, centres de détention ou centres correctionnels dédiés à la jeunesse ;
- camps de réfugiés ou autres endroits où des personnes recherchent un soutien humanitaire.

Il est important de noter que, conformément aux Principes directeurs, l'ECS en milieu extrascolaire ne doit pas uniquement être dispensée aux adolescents et aux jeunes, mais également aux enfants plus jeunes, selon des méthodes adaptées à leur âge et à leur niveau de développement. Cet aspect est important, car les enfants sont exposés à un stade précoce à des informations relatives à la sexualité provenant de nombreuses sources et l'ECS permet de veiller à ce qu'elles soient exactes, sûres, pertinentes et fondées sur l'égalité des sexes (Igras et al., 2014 ; Lundgren et Amin, 2015 ; Kågesten et al., 2016 ; Blum et al., 2017 ; Chandra-Mouli et al., 2017).<sup>2</sup>

En comparaison avec l'ECS dispensée en milieu scolaire, l'ECS en milieu extrascolaire offre l'opportunité de générer un environnement plus informel et plus souple que dans le cadre scolaire, permet de travailler plus longtemps avec des groupes réduits et de faire preuve de variété et de créativité dans la diffusion des programmes tout en améliorant la qualité des interactions entre les apprenants. Elle peut réunir des enfants et des jeunes ayant vécu des expériences similaires ou vivant dans le même contexte, notamment ceux appartenant à des groupes marginalisés ; leur proposer une ECS adaptée à leurs besoins spécifiques et les encourager à créer des réseaux d'entraide.

L'ECS en milieu extrascolaire peut également aborder des sujets délicats et promouvoir une approche fondée sur les droits humains, l'égalité des sexes et l'autonomisation, par le biais de méthodes qui ne seraient pas toujours applicables ou acceptables dans un environnement scolaire. Les intervenants peuvent encourager les apprenants à poser des questions et à partager des points de vue qu'il leur serait plus difficile de communiquer à un enseignant de leur école. Enfin, les programmes extrascolaires peuvent être plus à même de proposer des services de santé sexuelle et reproductive et de mettre en relation les enfants et les jeunes avec les services appropriés, des mentors ou d'autres formes de soutien.

Il est important de noter que l'ECS en milieu extrascolaire est également confrontée à des obstacles sociétaux et opérationnels, qui sont souvent les mêmes que ceux rencontrés dans le cadre de l'ECS en milieu scolaire. Il peut par exemple être difficile d'obtenir le soutien d'une

communauté si le contenu du programme d'études est contesté ou considéré comme inacceptable. Dans le cadre d'environnements extrascolaires, les participants prévus faisant partie de groupes marginalisés sont plus exposés à une stigmatisation par d'autres membres de la communauté du fait de leur participation. Ils peuvent même parfois être pris pour cible par les forces de l'ordre. Une autre difficulté consiste à identifier, former, soutenir et fidéliser des intervenants motivés, compétents et adoptant les bonnes attitudes, tout en s'assurant qu'ils adhèrent au programme d'études (Vanwesenbeeck et al., 2016).

La logistique est un autre obstacle, car il peut parfois être difficile de réunir des fournitures et des supports adéquats, de trouver des environnements sûrs et pratiques et de définir des horaires appropriés pour les sessions d'ECS. Enfin, il n'est pas toujours facile de faire savoir aux participants ciblés qu'une ECS en milieu extrascolaire leur est proposée, de les aider à reconnaître sa pertinence ou à surmonter les inquiétudes qu'elle peut susciter en eux et de les soutenir afin qu'ils puissent faire face à certains obstacles géographiques ou temporels liés à d'autres engagements. Ces facteurs peuvent rendre difficile la formation de groupes de jeunes assistant régulièrement aux sessions, condition essentielle pour tirer profit d'un apprentissage précoce et aborder l'ensemble du programme d'études (Vanwesenbeeck et al., 2016).

Nonobstant ces difficultés, une mise en œuvre efficace des programmes d'ECS en milieu extrascolaire peut également, à l'instar de ce que permet l'ECS en milieu scolaire, contribuer à la réalisation d'objectifs plus larges :

- **Modification des normes sociales** : Les programmes se concentrant uniquement sur le façonnage et la modification des attitudes et des comportements individuels et interpersonnels des apprenants peuvent se révéler d'une efficacité limitée sur le long terme. Les programmes doivent apporter leur contribution à un ensemble plus vaste d'approches visant à réduire les inégalités et les vulnérabilités associées au genre et à modifier les normes sociales préjudiciables contribuant à la stigmatisation et à la discrimination (Abramsky et al., 2014 ; Svanemyr et al., 2015 ; Abramsky et al., 2016).
- **Contribution à l'évolution des politiques** : De même, les programmes doivent contribuer à la définition d'approches visant à influencer les institutions et les gouvernements chargés de l'élaboration et de l'application des lois et politiques impactant les droits humains et la santé sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes (Svanemyr et al., 2015). Il s'agit en particulier de militer pour que les enfants et les jeunes puissent avoir accès à des services de santé sexuelle et reproductive. Dans de nombreux pays, les lois et les politiques restreignant l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et aux informations les concernant pour des motifs liés à l'âge ou à l'état matrimonial empêchent les personnes de moins de 18 ans d'accéder aux services sans la permission de leurs parents/tuteurs ou de leur conjoint. Le concept d'évolution des capacités de l'enfant (Article 5 de la Convention relative aux droits de l'enfant) n'est généralement pas respecté, et ce, alors même que le Commentaire général n°4 du Comité des droits de l'enfant préconise que les États signataires doivent veiller à ce que les enfants puissent avoir accès à des informations pertinentes relatives à la santé sexuelle et reproductive, indépendamment de leur état matrimonial ou du consentement de leurs parents/tuteurs et garantir un accès aux traitements médicaux, même en l'absence

<sup>2</sup> Dans la plupart des cas, les présents Principes directeurs n'abordent pas les contenus spécifiques aux différentes classes d'âge des programmes d'ECS en milieu extrascolaire. Les références à l'activité sexuelle, aux partenaires sexuels, à la contraception, etc. ne doivent pas être considérées comme appropriées pour toutes les classes d'âge visées par l'ECS en milieu extrascolaire. Les lecteurs sont invités à se référer aux Principes directeurs pour obtenir des consignes spécifiques sur la gestion des contenus des programmes destinés à chaque groupe d'âge.

d'un consentement parental. Ces activités de plaidoyer doivent avoir pour objectif de s'assurer que les enfants et les jeunes ont accès aux services de santé sexuelle et reproductive et aux informations dont ils ont besoin afin d'adopter des comportements sains, qui doivent être fournis par des professionnels spécialistes de la santé des adolescents.

Bien que les présents Principes directeurs se fondent sur la recherche et les avancées factuelles dont nous disposons, ainsi que sur l'expérience acquise dans le cadre de l'élaboration de programmes d'ECS en milieu extrascolaire, leur efficacité est toutefois limitée par la rareté de la documentation approuvée par des pairs consacrée à l'ECS en milieu extrascolaire et aux groupes spécifiques d'enfants et de jeunes évoqués dans ce document. De nombreux articles approuvés par des pairs abordent l'ECS en milieu scolaire et l'ECS en milieu extrascolaire et ne font aucune distinction entre les deux dans leurs analyses et leurs conclusions. Les lacunes constatées dans l'analyse des données factuelles peuvent découler des problèmes suivants :

- faible quantité de données factuelles provenant de pays à faibles revenus/revenus intermédiaires ou frappés par des crises humanitaires ;
- analyse ou compréhension insuffisante des mécanismes de fonctionnement des programmes considérés comme efficaces et des facteurs clés contribuant à cette efficacité ;
- nombre insuffisant d'études consacrées à la qualité, l'intégrité ou la fidélité des programmes, ainsi qu'à l'influence des intervenants sur les résultats ;
- rareté des données factuelles relatives à l'impact des « jeux sérieux » s'appuyant sur une technologie de pointe et des autres programmes interactifs.

Il est important que les recherches futures permettent de pallier ces lacunes, afin que nous puissions continuer à nous appuyer sur une base de données factuelles pour soutenir l'ECS en milieu extrascolaire et ainsi protéger la santé et le bien-être des enfants et des jeunes.

## 2. Élaboration et mise en œuvre de l'ECS en milieu extrascolaire

De nombreux principes et approches applicables à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes d'ECS en milieu extrascolaire sont identiques à ceux s'appliquant à l'ECS en milieu scolaire, qui sont exposés en détail dans les Principes directeurs. De même, les contenus de base de l'ECS en milieu extrascolaire sont identiques à ceux utilisés pour l'ECS en milieu scolaire, bien que certains programmes puissent inclure des contenus supplémentaires portant sur des besoins spécifiques à leurs participants. Les Sections 2.1 et 2.2 contiennent des considérations relatives à l'élaboration et à la mise en œuvre de l'ECS particulièrement pertinentes dans le cadre des programmes extrascolaires. Les Sections 2.3, 2.4 et 2.5 abordent les thèmes suivants : recrutement des éducateurs pairs, implication des parents et utilisation de la technologie dans le cadre de l'ECS en milieu extrascolaire.

Les Principes directeurs exposés tout au long de la Section 2 sont censés s'appliquer à l'ECS en milieu extrascolaire proposée à chacun des groupes de population évoqués dans la Section 3.

### 2.1 Élaboration des programmes

#### *Création d'un environnement propice*

Il est essentiel d'obtenir un soutien pour l'ECS en milieu extrascolaire, ainsi que pour le travail avec les groupes spécifiques d'enfants et de jeunes, avant de commencer la planification d'un programme. Cela est particulièrement important dans les communautés au sein desquelles l'ECS en milieu extrascolaire peut être considérée comme un sujet sensible ou lorsqu'une opposition au projet est prévue. Le processus d'approche, individuel ou collectif, des parties prenantes doit permettre :

- d'exposer la nature de l'ECS en milieu extrascolaire, de démontrer sa nécessité et de décrire les objectifs du programme ;
- de comprendre les inquiétudes des parties prenantes et de répondre à leurs questions (positives ou négatives), tout en réfutant les mythes et les idées fausses sur l'influence du programme sur les comportements sexuels.

Les groupes devant être contactés au niveau national et, le cas échéant, local, sont les suivants :

- enfants et jeunes ;
- parents, tuteurs, autres membres de la famille, et membres de la belle-famille des jeunes femmes mariées ;
- organisations de la société civile dédiées aux jeunes et dirigées par des jeunes ;
- leaders communautaires (civiques, religieux, traditionnels, etc.) ;
- prestataires de services, notamment de services de santé ;
- médias ;
- entités du secteur privé ;
- représentants des institutions locales (p. ex. au niveau du quartier) ;
- ministères de l'enfance, de la jeunesse, de la santé, de la condition de la femme, de la promotion de l'égalité des genres, de la protection, de la justice, des affaires sociales,

des affaires autochtones et départements de l'éducation et de l'éducation non officielle (UNFPA, 2014b).

## Planification

- **Effectuez une analyse situationnelle** : celle-ci peut être réalisée en collaboration avec les mêmes catégories de parties prenantes que celles contactées durant la phase d'approche. L'analyse situationnelle peut être le socle de la conception du programme d'études (Every Woman Every Child, 2017 ; UNFPA, 2014b). Elle doit :
  - analyser les lois et politiques en vigueur ;
  - compiler des données factuelles recueillies à l'échelon local et à l'échelon national concernant les résultats en termes de santé sexuelle et reproductive pour les enfants et les jeunes et la nécessité de la mise en œuvre d'une ECS. Celle-ci doit inclure la prévalence ou l'incidence du VIH dans certaines zones géographiques et parmi différentes populations, afin qu'une attention appropriée soit portée à la prévention et au traitement du VIH ainsi qu'à l'accès aux soins.
  - identifier les programmes d'éducation à la sexualité déjà mis en œuvre, notamment dans les écoles, ainsi que leurs lacunes.
- **Identifiez tous les besoins des participants pour veiller à ce que le programme réponde à leurs besoins, à leurs intérêts et à leurs aspirations** : cette démarche peut aller au-delà de l'ECS et porter sur la planification et la définition des objectifs, l'éducation et la formation et les opportunités d'emploi, afin de développer leurs atouts dans le domaine social/économique/de la santé.
- **Impliquez les représentants locaux des groupes de population spécifiques dans le développement et l'application du programme** : les groupes représentant les personnes handicapées/vivant dans des contextes de crise humanitaire et défendant leurs droits et leur bien-être peuvent par exemple fournir des pistes ou des ressources utiles pour le déploiement du programme d'ECS et aider à le faire accepter au sein de la communauté au sens large.
- **Reliez ou intégrez l'ECS en milieu extrascolaire à des programmes existants** : cette démarche peut inclure des initiatives relatives à l'égalité des sexes ou à la prévention de la violence contre les jeunes femmes et les jeunes filles, des programmes impliquant les jeunes hommes et les jeunes garçons dans des actions relatives à l'égalité des sexes ou à la santé sexuelle et reproductive et des campagnes visant à la disparition des mariages d'enfants, la prévention de la transmission du VIH, à la promotion de l'éducation des jeunes filles, de l'éducation prodiguée à la puberté et au moment des rites d'initiation traditionnels, ou au renforcement des lois réprimant la violence basée sur le genre (UNFPA, 2014b).
- **Essayez de compléter l'éducation individuelle par des interventions au niveau des communautés** : celles-ci ont vocation à éduquer la communauté dans son ensemble et à combattre la stigmatisation, la discrimination et la violence auxquelles les enfants et les jeunes sont confrontés. Elles peuvent en outre susciter un intérêt et une forme d'adhésion au sein de la communauté et permettre à ses membres de rejoindre le programme.
- **Facilitez l'accès aux services connexes** : contactez un panel de services afin de discuter de leur disponibilité en termes d'accueil des enfants et des jeunes orientés vers eux et de possibilité de travail avec des groupes spécifiques (p. ex. personnes handicapées, personnes transgenres, personnes vivant dans des contextes de crise humanitaire, etc.), dans la mesure où le contexte juridique et social le permet. Ces services peuvent être des services sociaux, de santé ou de protection sociale, mais aussi des services techniques, de formation professionnelle, de suivi, de cours de rattrapage/éducation extrascolaire, ou

encore de services d'aide juridique. Établissez une liste de services agréés vers lesquels les intervenants pourront orienter en toute confiance les enfants et les jeunes.

- **Réfléchissez à l'optimisation des horaires et de la fréquence des sessions d'ECS** : l'ECS en milieu extrascolaire peut revêtir la forme d'une formation continue sur plusieurs jours, de sessions hebdomadaires/bihebdomadaires sur une période donnée ou d'une combinaison des deux. Dispenser l'ECS sur une période de temps prolongée, par exemple selon un rythme hebdomadaire plutôt que sur plusieurs jours consécutifs, donne aux participants de meilleures possibilités d'assimiler et d'appliquer ce qu'ils ont appris. Des sessions multiples permettent de renforcer les messages et offrent de nombreuses opportunités d'aborder un thème ou d'apprendre, mais aussi de commencer à changer les attitudes et les comportements. (Nayar et al., 2014 ; Marcus et al., 2017). La participation au programme ne doit en aucun cas perturber d'autres aspects de la vie des personnes ciblées.

## Contenu du programme d'études

- **Planifiez méthodiquement le programme d'études** : identifiez clairement les objectifs et les résultats pédagogiques souhaités à l'aide d'un modèle logique et impliquez dans le processus des experts de la pédagogie et de l'élaboration de programmes d'études. Les développeurs de programmes peuvent s'appuyer sur les Principes directeurs afin de s'assurer que leur programme d'études aborde une gamme complète de sujets. Le programme d'études élaboré doit faire l'objet d'un test pilote et être affiné préalablement à son déploiement (UNFPA, 2014b).
- **Élaborez des contenus adaptés à l'âge des participants** : les Principes directeurs proposent des lignes directrices sur les approches et les contenus adaptés aux différentes tranches d'âge des groupes d'enfants et de jeunes. Une approche graduelle, caractéristique d'une ECS de bonne qualité, permet de présenter des informations s'appuyant sur les connaissances acquises, tout en tenant compte de l'évolution des besoins et des capacités de l'enfant ou de la jeune personne au fur et à mesure de sa croissance.
- **Soyez factuel et clair** : les programmes doivent permettre de réfuter les mythes et les fausses informations relatives à la santé sexuelle et reproductive, mais aussi concernant les groupes victimes de stigmatisation et de discrimination.
- **Adoptez une approche de la sexualité à la fois pragmatique et dénuée de préjugés** : les Principes directeurs prônent une vision positive de la sexualité. Les débats sur des sujets tels que la pornographie, la multiplication des partenaires sexuels et le commerce du sexe doivent être abordés de manière factuelle et pragmatique.
- **Soyez attentif à ce que les participants apprennent ailleurs** : les programmes d'études doivent tenir compte de l'ECS (officielle ou non) proposée aux participants au sein d'autres structures. Ils doivent également prendre en considération les influences sociales et médiatiques sur la perception de la masculinité et de la féminité, ainsi que les possibilités d'accès à la pornographie et l'influence de cette dernière sur les attitudes et les comportements sexuels. Il convient d'intégrer aux programmes des stratégies permettant de contrer activement et avec détermination les contenus les plus nuisibles, ou tout au moins d'atténuer leurs effets (Brown and L'Engle, 2009 ; UNICEF, 2017).
- **Tenez compte des facteurs culturels** : dans les zones multiculturelles et multiethniques, les programmes d'études doivent impérativement prendre en compte l'ensemble des cultures et non uniquement la culture dominante. Certains contenus peuvent s'avérer

pertinents dans le cadre d'une culture, mais ils ne doivent toutefois pas négliger ou ignorer les violations de droits engendrées par certaines pratiques culturelles et traditionnelles préjudiciables.

- **Adaptez les programmes d'études aux besoins spécifiques des participants, en fonction de leur genre** : les approches visant à autonomiser les jeunes filles afin de les aider à faire face aux restrictions et aux inégalités liées au genre peuvent par exemple s'appuyer sur des diffusions d'informations relatives à leurs droits et sur la proposition d'activités visant à développer leur pouvoir, leur autonomie et leur estime de soi (mentorat, sport, etc.). Les jeunes garçons devront quant à eux faire l'objet d'approches leur permettant de comprendre que les privilèges et le pouvoir dévolus aux hommes sont injustifiés et de remettre en cause les stéréotypes appliqués aux notions de masculinité et féminité (Kågesten et al., 2016). Tous les programmes extrascolaires d'ECS doivent inclure du contenu visant à promouvoir la compréhension du genre, de la diversité et des droits humains pour lutter contre les stéréotypes sexistes préjudiciables et la discrimination systémique fondée sur le sexe, l'orientation sexuelle et l'identité de genre.
- **Abordez les facteurs de risque contextuels auxquels les participants sont confrontés** : outre le sexe, ces facteurs peuvent par exemple être la pauvreté, la discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique, la religion, la situation de handicap ou la marginalisation socioéconomique.
- **Abordez les activités de plaidoyer** : les activités de plaidoyer autonomisent les apprenants, qui peuvent ainsi prendre en charge leurs propres vies et devenir des leaders au sein de leurs communautés. Les modules consacrés aux compétences de base applicables à l'engagement civique et aux activités de plaidoyer peuvent donner aux enfants et aux jeunes des possibilités concrètes de relier ce qu'ils apprennent à leur milieu au sens large, et de contribuer ainsi à une évolution positive de leurs communautés. La promotion des activités de plaidoyer doit toutefois toujours tenir compte du contexte social et légal car, dans certains pays, celles-ci peuvent s'avérer dangereuses pour les enfants et les jeunes, voire leur être interdites. Quel que soit le contexte, les participants aux activités de plaidoyer doivent être sélectionnés sur la base du volontariat.

## 2.2 Mise en œuvre des programmes

### Intervenants

Les intervenants peuvent être des adultes, des jeunes adultes, des pairs, des professionnels de la santé ou des parents (Poobalan et al., 2009).

- Les intervenants adultes sont susceptibles d'être plus appréciés des participants, du fait de leur expérience personnelle, de leur crédibilité et de leur capacité à explorer plus profondément les sujets et à diriger des débats portant sur des questions sensibles. Ils bénéficient aussi souvent d'un meilleur statut au sein de leur communauté, ce qui peut influencer favorablement sur le sentiment de sécurité et la confiance des participants.
- Les pairs et les jeunes légèrement plus âgés que les participants peuvent être des modèles pour ces derniers, ce qui augmente leur efficacité en tant qu'intervenants. Leur manque d'expérience pédagogique par rapport aux intervenants plus âgés peut toutefois poser problème et il est essentiel qu'ils soient dûment formés, supervisés et soutenus afin de devenir des intervenants efficaces.
- Les professionnels de la santé engagés dans l'ECS en milieu extrascolaire doivent recevoir une formation identique à celle des autres intervenants. Il convient d'éviter de partir du principe que leur formation professionnelle induit des connaissances relatives à l'ECS

ou des compétences pédagogiques/de communication avec les enfants et les jeunes.

- **Assurez-vous que les intervenants sont informés des facteurs culturels et capables de communiquer clairement avec les participants** : lorsque les intervenants sont issus d'une autre classe sociale/d'un autre contexte culturel, ils doivent impérativement être capables d'adopter un langage compréhensible pour aider les participants à se sentir concernés.
- **Dans la mesure du possible, choisissez les intervenants affectés aux groupes spécifiques d'enfants et de jeunes (p. ex. personnes handicapées, personnes vivant avec le VIH, etc.) au sein de la même communauté** : si les intervenants ne partagent pas cette caractéristique clé, ils doivent impérativement faire preuve d'empathie et d'ouverture d'esprit vis-à-vis des expériences et des points de vue des enfants et des jeunes concernés.
- **Évaluez les compétences et les qualités personnelles des intervenants potentiels** : un intervenant efficace doit posséder les qualités suivantes ; capacité d'empathie vis-à-vis des enfants et des jeunes, enthousiasme quant à sa mission d'éducateur, chaleur humaine et attitude dénuée de toute forme de jugement. Il doit accepter d'enseigner l'ensemble des contenus de l'ECS et démontrer des aptitudes à assimiler les méthodes permettant une diffusion efficace de l'ECS.
- **Formez les intervenants à l'ensemble des aspects du programme d'études et aux méthodes de diffusion connexes** : les intervenants doivent être sensibilisés aux problématiques relatives aux groupes dont ils vont s'occuper et faire l'objet d'une supervision bienveillante intégrant un feedback des participants au programme. Pour des informations complémentaires, voir également la sous-section Formation et supervision de la Section 2.3 et la page 95 des Principes directeurs.
- **Offrez une formation continue aux intervenants** : les opportunités de développement des capacités et les plateformes de soutien au développement professionnel des intervenants aideront ces derniers à dispenser une ECS de bonne qualité. Des outils de travail/de mise en œuvre de haute qualité doivent être élaborés et régulièrement révisés afin de veiller à ce que les contenus des programmes demeurent pertinents et actualisés.

### Approches d'enseignement et d'apprentissage

- **Tirez le meilleur parti de différentes méthodes** : l'efficacité de l'enseignement et de l'apprentissage repose sur des méthodes diverses et interactives : brainstormings, débats, activités de réflexion et d'analyse, jeux de rôle, études de cas, productions théâtrales, projets de groupe, etc. Les méthodes encourageant le mouvement physique (telles que les jeux de rôle ou le théâtre) ou l'implication émotionnelle des participants (par exemple l'accueil de conférenciers externes narrants des récits à forte portée émotionnelle) sont plus à même de modifier les perceptions et les comportements (UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Femmes et OMS, 2018 ; Poobalan et al, 2009). Les connaissances, les attitudes, les valeurs et les compétences doivent être dans la mesure du possible intégrées à l'ensemble des sujets évoqués plutôt que simplement discutées dans le cadre de leçons indépendantes.
- **Soyez inclusif** : définissez vos attentes en termes de respect mutuel et donnez l'exemple. Quel que soit le sujet abordé, les exemples, les scénarios, les jeux de rôle et les conférenciers externes doivent incarner une diversité de personnes et de relations incluant tous les groupes présents. Mettez la diversité au cœur de votre enseignement et dénoncez les effets néfastes des préjugés, de la stigmatisation et de la discrimination.

Proposez des horaires de cours flexibles permettant d'accueillir le plus de participants possible.

- **Utilisez des approches axées sur l'autonomisation** : de nombreux participants décrits dans les présents Principes directeurs appartiennent à des groupes marginalisés et opprimés. La pédagogie critique (voir le Glossaire) peut autonomiser les enfants et les jeunes appartenant à ces groupes par le biais d'un processus d'apprentissage collaboratif dans le cadre duquel les apprenants et les éducateurs apprennent les uns des autres et élaborent ensemble de nouvelles méthodes permettant de surmonter les difficultés et les problèmes auxquels ils font face. La pédagogie critique renforce le vécu de la communauté, autonomise les individus et favorise la solidarité communautaire.
- **Adoptez des approches tenant compte des traumatismes subis** : certains enfants/jeunes peuvent avoir, à titre personnel ou en tant que membres d'un groupe subi des traumatismes aux causes diverses : discrimination, violence (y compris sexuelle), conflits familiaux, conflits armés ou crises humanitaires. Les traumatismes peuvent également être intergénérationnels. Une approche tenant compte des traumatismes subis doit aborder la sexualité de manière à ne pas infliger un nouveau traumatisme aux participants en suscitant des ressentis/réveillant des souvenirs associés à une expérience traumatique (facteur déclencheur). L'aspect essentiel des approches tenant compte des traumatismes subis est la création d'une culture de groupe et d'un environnement fondés sur la sécurité, l'ouverture et la compassion. Au début des sessions, informez toujours les participants des contenus qui seront abordés (signal d'alerte) de sorte qu'ils puissent choisir de ne pas y participer. Fournissez un accès facile aux ressources.<sup>3</sup>
- **Personnalisez vos méthodes et veillez à les rendre attrayantes** : utilisez des images, des affiches et des vidéos. Limitez autant que possible le recours à des supports d'information imprimés. Une approche axée sur les débats permettant aux participants d'échanger avec leurs pairs peut aider à soulager le sentiment d'isolement social que les jeunes membres de certains groupes de population peuvent éprouver.
- **Utilisez des méthodes permettant d'identifier ce que les participants pensent savoir** : demandez-leur de partager ce qu'ils ont appris et de donner leurs sources d'informations. Vous pouvez également utiliser des questionnaires « vrai/faux » ou organiser des jeux. Cette approche permet à l'intervenant d'identifier et de corriger les informations erronées et les idées reçues des participants.
- **Utilisez dans la mesure du possible la langue maternelle des participants** : une meilleure compréhension des participants les rendra plus enclins à discuter de questions sensibles ou personnelles.
- **Tenez compte du niveau d'alphabétisation des participants** : les enfants et jeunes non scolarisés peuvent avoir un faible niveau d'alphabétisation, voire être analphabètes. Il peut être nécessaire de réduire au maximum les activités impliquant lecture et écriture. Utilisez à la place des méthodes empiriques et participatives, par exemple la narration d'histoires, les jeux de rôle, discussions, images, vidéos et supports graphiques. Parallèlement, les programmes d'alphabétisation peuvent constituer un point d'entrée valide pour intégrer des contenus relatifs à l'éducation à la sexualité adaptés au niveau d'alphabétisation de l'apprenant.
- **Donnez aux participants la possibilité de poser des questions, y compris des questions susceptibles de les**

**mettre mal à l'aise** : si les participants sont alphabétisés, une boîte à questions anonyme peut être un bon moyen de permettre aux enfants et aux jeunes de poser des questions sans crainte d'être gênés.

- **Laissez du temps aux participants pour assimiler et mettre en pratique ce qu'ils sont en train d'apprendre** : les pauses de réflexion, les débats, les jeux de rôle et la répétition des informations dans le cadre d'une ou de plusieurs séances peuvent aider les enfants et les jeunes à mieux comprendre et à intégrer de manière plus confiante des nouvelles idées/informations.
- **Aidez les participants à utiliser ce qu'ils ont appris dans leur vie quotidienne** : encouragez les enfants et les jeunes à réfléchir à des applications pratiques de ce qu'ils apprennent dans le cadre de leur vie quotidienne, de leurs relations et de leurs prises de décisions. Vous pouvez utiliser à cette fin différentes techniques : rêve éveillé dirigé, écriture de journal personnel, dessin, réaction à des images, discussions de groupe, etc. Il est cependant important que les intervenants aient conscience que des expériences traumatiques passées sont susceptibles d'être évoquées en cas de personnalisation des informations sur la sexualité et la santé sexuelle (voir la p. 14 pour les approches tenant compte des traumatismes subis).
- **Encouragez les participants à concevoir leurs propres solutions** : le fait de demander aux participants de concevoir leur propre ensemble d'options d'atténuation des risques les concernant les aide à identifier des stratégies applicables et réalistes, plutôt que d'avoir recours à des solutions élaborées par des personnes disposant d'une autorité et d'un certain pouvoir, qu'ils peuvent être dans l'incapacité d'appliquer (UNESCO et al., 2018). De cette manière, les enfants et les jeunes deviennent des modèles les uns pour les autres, les changements de comportements se fondant sur de nouveaux paradigmes deviennent des normes collectives et l'apprentissage s'en trouve amélioré.
- **Dispensez une ECS respectueuse des cultures** : la sécurité culturelle va au-delà du concept de sensibilité culturelle. Elle inclut une analyse des déséquilibres des forces, de la discrimination institutionnelle, de la colonisation et des relations avec les colons et les cultures hégémoniques ainsi que de leur impact sur les services de santé et l'éducation sanitaire. Elle est également essentielle afin d'identifier les intersections entre les santés physique, spirituelle, mentale et émotionnelle des enfants et des jeunes.

## Sécurité et confidentialité

- **Créez des espaces sûrs** : les espaces sûrs (voir le Glossaire pour une définition détaillée) offrent une sécurité à la fois physique et émotionnelle permettant aux participants de parler de leurs frustrations et de leurs difficultés, ainsi que des possibilités de changer les comportements détectés dans leur vie quotidienne.
- **Instaurez des règles fondamentales de sécurité clairement établies** : cette démarche est extrêmement importante pour les groupes d'enfants et de jeunes particulièrement exposés au harcèlement, à la discrimination et à la violence, notamment de la part des membres de leur communauté ou des forces de l'ordre. Les règles de base doivent être les suivantes : respect de la confidentialité des autres participants (c.-à-d. ne pas divulguer à des personnes extérieures au groupe les identités ou les propos tenus par les participants) ; interdiction de prendre des photographies sans autorisation et de poster ou partager des photographies sur lesquelles apparaît le visage de participants ; interdiction de mentionner des noms ou des lieux, notamment dans les posts

<sup>3</sup> Pour en savoir plus, consultez *Support for Students Exposed to Trauma : The SSET Programme, Group Leader Training Manual, Lesson Plans, and Lesson Materials and Worksheets* (RAND, 2009) et *A Guide to Trauma-Informed Sex Education* (CARDEA, 2016).

publiés sur des médias sociaux ; divulgation exclusive de la participation au programme aux personnes de confiance ; utilisation de messageries, de salons de discussion ou de « groupes secrets » sur Facebook pour les personnes souhaitant rester en contact (mais en ayant conscience que même les applications en principe sûres ne sont pas entièrement privées ni confidentielles et peuvent contenir des informations inexactes) ; interdiction de publier quoi que ce soit sur une personne sans son consentement.

- **Respectez l'espace physique personnel des participants** : les participants ne doivent en aucun cas être étreints, caressés, massés ou embrassés par des pairs ou des intervenants.
- **Lorsque vous discutez du signalement des actes de harcèlement et de violence sexuelle, faites en sorte d'avoir sur place une personne à laquelle les participants peuvent signaler des actes de maltraitance** : s'il vous est impossible d'avoir cette personne sur place, veillez à ce que les participants puissent identifier clairement les personnes à contacter s'ils souhaitent se confier à ce propos.
- **Soyez clair quant à l'importance et aux limites de la confidentialité** : les règles de base applicables au programme doivent impérativement insister sur le fait que la protection de la confidentialité est l'affaire de tous et expliquer clairement les implications pratiques de cette approche. Il est également essentiel que les intervenants garantissent la confidentialité de l'identité et des propos des participants. Dans certains cas, déroger à ce principe peut compromettre leur sécurité. Les intervenants doivent toutefois expliquer aux participants qu'ils peuvent être, dans certaines circonstances, contraints par la loi de partager, avec les autorités compétentes, des informations communiquées par un participant, afin de protéger les intérêts d'un enfant mineur.

## Suivi

- **Intégrez un suivi et une évaluation continus** : les contenus des programmes doivent être régulièrement examinés et révisés sur la base des expériences de terrain des enseignants et du feedback des participants. Le suivi permanent et l'évaluation des contributions, des processus et des résultats doivent débiter dès le lancement du programme, de sorte que les personnes chargées de sa mise en œuvre puissent continuer à le structurer et à l'adapter en fonction des évolutions constatées au niveau national ou communautaire.
- **Contrôlez le niveau de fidélité aux contenus du programme des intervenants** : sont ici concernés les contenus, la méthodologie et la fidélité aux valeurs du programme.
- **Identifiez des méthodes de suivi des participants dès le lancement du programme** : les thèmes à prendre en considération (et qui peuvent être plus difficiles à analyser en milieu extrascolaire qu'en milieu scolaire) sont les suivants : proportion du programme communiquée à chaque participant, vérification du fait que les mêmes enfants et jeunes assistent aux programmes à sessions multiples, évaluation du programme sur le long terme avec les participants.

## Documents et programmes d'études fondamentaux

- *Regional Comprehensive Sexuality Education Resource Package for Out of School Young People* (UNFPA, 2018)
- *UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education: A Focus on Human Rights and Gender* (UNFPA, 2014)
- *The Evaluation of Comprehensive Sexuality Education Programmes: A Focus on the Gender and Empowerment Outcomes* (UNFPA, 2015)

- *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE)* (IPPF, 2010)
- *Inside and Out: Comprehensive Sexuality Education (CSE) Assessment Tool* (IPPF, 2015)
- *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education* (Population Council, 2009)
- *WHO Recommendations on Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights* (OMS, 2018)
- *Global Standards for Quality Health Care Services for Adolescents* (OMS, 2015)
- *HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women: Putting HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women on the Fast-Track and Engaging Men and Boys* (ONUSIDA, 2016)
- *Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists* (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et BZGA, 2010)

## 2.3 Implication des éducateurs pairs dans l'ECS en milieu extrascolaire

Un éducateur pair est une personne de rang égal à celui d'une autre (c.-à-d. quelqu'un appartenant au même groupe social en termes d'âge, d'échelon, de statut, ou selon d'autres caractéristiques) formée et soutenue afin d'apporter des changements positifs aux autres membres de ce groupe. Afin d'être considéré comme un pair, l'âge, le sexe et le genre sont généralement des considérations fondamentales pour les enfants et les jeunes. Dans certains cas, d'autres points communs, par exemple le ou les groupes auxquels ces personnes s'identifient, peuvent toutefois être plus importants. Les informations fournies par les pairs peuvent revêtir divers aspects : conversations privées, discussions de groupe, distributions de supports, activités de conseil, activités ludiques, etc. Les pairs peuvent également orienter les personnes concernées vers certains services et aider à mener des actions de plaidoyer et à mobiliser les communautés (ONUSIDA, 1999).

L'éducation par les pairs peut se révéler plus efficace si elle est intégrée à des interventions holistiques et si le rôle des éducateurs pairs est axé sur la sensibilisation et l'orientation vers les experts et les services pertinents (Chandra-Mouli et al., 2015a). L'application des programmes peut être le fruit d'une collaboration entre les éducateurs pairs et des éducateurs professionnels. L'éducation par les pairs peut être particulièrement utile dans les cas suivants :

- lorsque des programmes présentés par des éducateurs professionnels ne sont pas disponibles ou accessibles ;
- lorsque les adultes ne possèdent pas les bases de l'argot et du langage familier utilisé par les enfants et les jeunes, notamment concernant un sujet tel que la sexualité ;
- lorsqu'il apparaît que les pairs sont plus à même d'obtenir la confiance des apprenants que des éducateurs professionnels ou d'autres personnes extérieures à leur groupe, par exemple dans le cas d'enfants et de jeunes affichant une certaine méfiance vis-à-vis d'individus associés aux problématiques, passées ou présentes, de maltraitance et de discrimination ; ou dans le cadre de communautés ethniques au sein desquelles des personnes extérieures pourraient manquer d'expérience ou être confrontées à des barrières culturelles ou linguistiques.

Les études réalisées ont montré que l'éducation par les pairs permet d'augmenter les connaissances et, dans certains cas, de modifier les attitudes et les intentions. Il apparaît cependant qu'elle n'a pas d'effet évident sur les comportements, par exemple l'utilisation de préservatifs ou d'autres moyens de contraception (Kim et al., 2008 ; Medley et al., 2009 ; Poobalan et al., 2009 ; Salam et al., 2016 ; Tolli, 2012). (Il convient

toutefois de noter qu'aucune de ces études ne portait spécifiquement sur l'ECS dispensée par des éducateurs pairs aux membres de leurs groupes. L'une d'entre elles avait pour sujet une campagne « d'éducation relative à la santé sexuelle » menée par des pairs adolescents, mais son contenu réel n'est pas spécifié.) Les effets de l'éducation par les pairs sur les populations à risque (par exemple les utilisateurs de drogues et travailleurs du sexe) sont plus évidents, ce qui semble indiquer qu'elle est plus efficace auprès des populations marginalisées ou cachées (Bekker and Hosek, 2015 ; Krishnaratne et al, 2016 ; OMS, 2017b). Il demeure nécessaire d'effectuer une analyse plus rigoureuse des causes rendant certains programmes plus efficaces que d'autres, ainsi que d'étudier l'impact et l'efficacité des différents types d'animateurs, notamment les adultes ayant reçu une formation à l'éducation à la sexualité (Tolli, 2012 ; Villa-Torres et Svanemyr, 2015).

## Planification et élaboration des programmes

- **Réalisez une évaluation des besoins des communautés** : cette phase fait partie intégrante de l'élaboration des programmes associés à toutes les formes d'ECS en milieu extrascolaire, mais elle est fréquemment négligée dans les programmes présentés par des éducateurs pairs. L'évaluation est essentielle, car la mise à l'échelle de l'éducation par les pairs ne saurait être un simple processus de réplication. Dans chaque nouvel environnement, il est nécessaire d'étudier le contexte social afin d'identifier les facteurs susceptibles de favoriser ou de rendre plus difficile l'éducation par les pairs (ONUSIDA, 1999).
- **Définissez clairement la population cible du programme d'éducation par les pairs** : il est nécessaire de prendre en compte des aspects tels que le genre, l'âge, la race/origine ethnique, les facteurs socioéconomiques, le voisinage, etc. (ONUSIDA, 1999).

## Sélection des éducateurs pairs

- **Formulez clairement les critères de sélection des candidats** : les éducateurs pairs doivent être en phase avec les caractéristiques clés du public cible (p. ex. âge, niveau d'éducation, identité de genre, orientation sexuelle, statut sérologique, origine ethnique, religion, centres d'intérêt académiques et activités extérieures aux programmes scolaires). Ils doivent être des leaders d'opinion charismatiques, crédibles et respectés, possédant de bonnes compétences de communication. Ils doivent être motivés et convaincus de la pertinence du programme.
- **Sélectionnez les éducateurs pairs à partir d'une large base de candidats potentiels** : appuyez-vous sur un vaste éventail de méthodes pour identifier les candidats, notamment les réseaux sociaux, plutôt que de vous contenter d'attendre des réponses à une annonce. Le processus de sélection doit être transparent et équitable. Les enfants et les jeunes issus de la population cible doivent pouvoir participer à la sélection de ceux qu'ils estiment être des leaders et des modèles.

## Formation et supervision

- **Formez les recrues** : une formation efficace repose principalement sur le développement des compétences, notamment par le biais d'exercices d'animation au sein de la communauté et d'une évaluation initiale (puis continue) des compétences. (Bien que cela soit pertinent pour toutes les formations à l'animation, ces aspects de la formation des pairs sont souvent négligés.) Dans l'idéal, les éducateurs pairs doivent obtenir un certificat, dans le cadre d'un processus leur imposant de démontrer qu'ils adoptent les attitudes adéquates et possèdent les connaissances et les compétences nécessaires, selon des normes préétablies connues des candidats et définies par

une organisation ou des personnes possédant l'autorité et l'expertise voulues.

- **Faites suivre la formation initiale d'activités de mentorat et d'une formation motivationnelle continue** : celles-ci permettront d'augmenter la qualité de l'ECS dispensée par les éducateurs pairs. Ces derniers pourront parfois avoir besoin d'un soutien plus important que celui requis pour des intervenants adultes (notamment en termes de conseil et de soins de santé), notamment s'ils ont vécu des expériences traumatiques. Les éducateurs pairs doivent pouvoir avoir accès aux groupes ordinaires de supervision et de soutien, mais également à une aide spécialisée si besoin, notamment dans un contexte d'urgence.
- **Axez votre supervision sur la bienveillance** : les sessions de supervision théoriques/de terrain doivent être assurées par des membres affectés à l'application du programme techniquement compétents, dans une optique de développement de la motivation et de supervision bienveillante. La supervision doit identifier, louer et renforcer les points forts des participants ; mettre en exergue les compétences et connaissances nécessitant d'être améliorées ; proposer un feedback visant à augmenter le niveau de compétence et d'efficacité des éducateurs pairs et leur fournir les encouragements et le soutien nécessaire afin qu'ils demeurent impliqués (Simba et Kakoko, 2009).
- **Proposez des possibilités de feedback régulières** : les éducateurs pairs doivent être interrogés sur leur contribution au programme, leurs activités et leurs performances. Parallèlement, un feedback sur les éducateurs pairs peut être demandé aux participants au programme.

## Fidélisation et remplacement

- **Définissez des attentes claires en adéquation avec les capacités et le niveau d'expertise des éducateurs pairs** : déterminez des objectifs de travail réalisables et appuyez-vous sur des accords contractuels. Donnez aux éducateurs pairs des responsabilités et des pouvoirs décisionnels concernant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du programme.
- **Offrez une rémunération et des gratifications** : rémunérer les éducateurs pairs peut renforcer leur motivation et permettre à des jeunes issus de tous les milieux socioéconomiques de participer. Ils doivent au minimum recevoir une somme correspondant aux frais encourus dans le cadre de leurs activités (p. ex. coûts de transport). Les autres paiements doivent toutefois demeurer raisonnables, afin de ne pas créer une distance sociale entre eux et leurs pairs. Certaines des gratifications proposées aux éducateurs pairs peuvent revêtir la forme d'opportunités de développement personnel ou professionnel. Les éducateurs pairs agissant à titre bénévole doivent être pleinement reconnus et il convient de prendre soin de ne pas les exploiter.
- **Proposez un soutien émotionnel** : cette démarche peut se présenter sous la forme de sessions de soutien collectives permettant d'aborder des problèmes tels que le stress ou le « burn-out », mais aussi de partager les réussites et les idées et de développer la cohésion du groupe.
- **Planifiez le roulement et l'usure des effectifs** : il s'agit d'un phénomène courant dans les programmes d'éducation par les pairs, qui peut être partiellement traité par l'établissement d'une structure officielle de recrutement et de formation des nouveaux éducateurs pairs. Les entretiens de départ peuvent aider les personnes chargées de la mise en œuvre à définir si le pair éducateur part pour des raisons personnelles ou liées au programme et à évaluer son expérience globale au sein du programme. Ces informations peuvent être utilisées pour améliorer le programme. Impliquer les éducateurs

pairs actuels dans le processus de recrutement et de formation des recrues permet de les autonomiser et de les aider à développer de nouvelles compétences.

## Documents et programmes d'études fondamentaux

- *Peer Education Toolkit* (UNFPA, 2006)
- *Evidence-Based Guidelines for Youth Peer Education* (FHI 360, 2010)
- *Standards for HIV Peer Education Programmes* (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2010)

## 2.4 Implication des parents ou tuteurs au programme d'ECS en milieu extrascolaire

La famille joue un rôle important dans l'éducation à la sexualité des enfants et des jeunes, généralement sans l'avoir planifié, voire de manière inconsciente. Outre ce qui leur est enseigné de manière explicite, les enfants apprennent sur des sujets tels que l'amour, les contacts physiques, les relations, la communication et l'égalité des genres en observant les personnes qui les entourent, les orientent et corrigent leurs attitudes, mais aussi à travers la façon dont ils sont traités (OMS, 2017c).

Dans les pays où l'éducation à la sexualité ne fait pas partie des programmes scolaires/n'est pas complète, les parents/tuteurs et les familles assument l'essentiel des responsabilités dans ce domaine (Pop et Rusu, 2015) et préfèrent le plus souvent être la source des informations relatives à la sexualité. Les parents ou les tuteurs ne possèdent cependant souvent pas les compétences qui leur permettraient d'apporter à leurs enfants une éducation à la sexualité factuelle et adaptée à leur tranche d'âge. Pour pallier ce problème, les programmes d'ECS cherchent à amener les parents/tuteurs à s'impliquer (en tant qu'intervenant ou soutien) dans les programmes d'éducation à la sexualité dispensés à leurs enfants. Ces approches concernent une éducation à la sexualité :

- **axée sur les parents** : les parents/tuteurs sont éduqués/formés pour dispenser une éducation à la sexualité à leurs propres enfants.
- **impliquant les parents** : les parents/tuteurs et l'enfant participent ensemble à des sessions d'éducation à la sexualité ou reçoivent des travaux à faire ensemble à la maison.
- **soutenue par les parents** : les parents/tuteurs sont orientés vers le programme d'éducation à la sexualité afin qu'ils sachent ce que leur enfant apprend et puissent renforcer les messages ou y apporter des compléments au sein de leur cellule familiale.
- **dirigée par les parents** : les parents/tuteurs sont formés pour présenter les programmes à d'autres parents/tuteurs ou à des enfants.
- **centrée sur la famille** : les parents/tuteurs travaillent avec leur enfant dans le cadre d'un programme structuré (visionnage de vidéos, musique, etc.).

Certains programmes combinent deux de ces approches, voire plus.

## Planification et élaboration des programmes

Les éléments contribuant généralement à l'efficacité des interventions sont les suivants (liste non exhaustive) :

- des sessions communes réunissant parents/tuteurs et enfants ;
- la promotion de l'implication des parents/membres de la famille ;

- une approche de l'éducation à la sexualité spécifiquement destinée aux parents/tuteurs, leur offrant des opportunités de mettre en œuvre de nouvelles compétences de communication avec leurs enfants.
- **Expliquez aux parents/tuteurs l'importance de leur implication dans l'ECS de leur enfant** : les programmes doivent mettre l'accent sur l'établissement d'une communication entre les parents et les enfants avant que ces derniers ne débutent leur vie sexuelle et doivent promouvoir une approche positive des communications relatives à la sexualité entre les parents/tuteurs et leurs enfants. Ces derniers recevront ainsi une réponse positive qui peut être efficace dans la prévention de la propagation du VIH (Vilarruel et al., 2008). Il est important d'aider les parents et tuteurs, notamment ceux des groupes d'enfants et de jeunes spécifiquement visés par les présents Principes directeurs, afin qu'ils comprennent les vulnérabilités, les besoins et les droits liés à la sexualité.
- **Discutez avec les parents/tuteurs** : demandez-leur dans quelle mesure ils souhaitent s'impliquer, mais également d'évoquer leurs propres connaissances et leurs lacunes ainsi que leurs préoccupations pour leurs enfants en termes de sexualité et de santé sexuelle. Pensez aussi à leur demander comment le programme pourrait les aider au mieux.

## Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Sensibilisez les parents/tuteurs à l'importance de l'adoption d'attitudes et de normes relatives au genre équitables** : les parents/tuteurs jouent un rôle essentiel dans le façonnage des attitudes et normes relatives au genre des jeunes adolescents. Ils souhaitent souvent que leurs enfants se conforment aux normes relatives au genre prédominantes (qui sont généralement inégalitaires) et appuient cette volonté par le biais d'instructions, d'encouragements, de récompenses, de réprimandes et de mesures disciplinaires (Chandra-Mouli et al., 2017). Les programmes doivent donc aider les parents à adopter des attitudes et des normes relatives au genre plus égalitaires.
- **Visiez à renforcer l'établissement de liens entre parents et enfants** : les caractéristiques générales des relations parents-enfants, telles que l'établissement de liens, le soutien et la communication des attentes futures peuvent avoir plus d'influence sur le comportement sexuel des enfants qu'une communication spécifiquement centrée sur la sexualité. Elles peuvent de fait être importantes et précieuses au-delà du simple domaine de l'éducation à la sexualité. Les interventions impliquant les parents/tuteurs doivent en conséquence être centrées sur l'amélioration du contrôle et de la régulation du comportement de leurs enfants, aider les parents/tuteurs à communiquer leurs valeurs relatives aux relations sexuelles et les encourager à façonner les comportements qu'ils souhaitent voir adoptés par leurs enfants (Wight et al., 2012 ; Santa Maria et al., 2015).
- **Explorez les programmes axés sur la technologie destinés aux parents/tuteurs** : lorsque les ressources le permettent, la technologie peut réduire certains obstacles courants à la participation à des programmes de groupe répartis sur plusieurs sessions, notamment les obligations professionnelles et familiales, les contraintes temporelles et les problèmes de transport. Voir la Section 2.5 pour des informations complémentaires.

## Documents et programmes d'études fondamentaux

- *Creating Connections* (Melbourne Graduate School of Education)

- *Let's Chat ! Parent Child Communication on Sexual and Reproductive Health* (UNFPA, 2018)
- *Right from the Start: Guidelines for Sexuality Issues, Birth to Five Years* (Sexuality Education and Information Council of the United States, 1998)
- *Parents as Advocates for Comprehensive Sex Education in Schools* (Advocates for Youth, 2002)
- *Communicating with Children: Principles and Practices to Nurture, Inspire, Excite, Educate and Heal* (UNICEF, 2011)

## 2.5 Utilisation de la technologie dans le cadre de l'ECS en milieu extrascolaire

Les utilisations possibles de la technologie dans le cadre de l'ECS font l'objet d'un intérêt important, dans la mesure où de nombreux enfants et jeunes sont déjà des utilisateurs fréquents et aguerris des diverses ressources technologiques (Noar, 2011 ; Talukdar, 2013 ; Holstrom, 2015 ; Oosterhoff et al., 2017). Lorsque les enfants et les jeunes ont accès à Internet et aux médias sociaux, ces ressources constituent déjà souvent une source d'informations essentielle sur les questions relatives à la sexualité et aux relations. Il est également possible de tirer profit de la technologie en proposant des programmes ou des parties de programmes structurés. Les ressources en ligne/numériques peuvent :

- être plus accessibles, car consultables de manière flexible et pratique, au moment et à l'endroit souhaités par l'apprenant. Cette approche est particulièrement intéressante pour les apprenants géographiquement isolés, en déplacement ou ne souhaitant pas participer à des activités de groupe (parfois parce que cela pourrait être dangereux pour eux) ;
- être plus efficaces, car elles peuvent, à long terme, atteindre un public très important tout en générant des coûts réduits ;
- proposer des contenus interactifs, immersifs et personnalisés, qui peuvent s'avérer plus transformatifs que d'autres méthodes de diffusion ;
- permettre à l'utilisateur d'aller à son rythme ;
- permettre d'atteindre efficacement et de manière sûre des groupes d'enfants et de jeunes spécifiques ou des groupes comptant peu de membres, en leur proposant des informations s'adressant spécifiquement à eux ;
- proposer une ECS plus fidèle à sa version originale, dans la mesure où le contenu est figé et où sa présentation n'est donc pas soumise à la volonté de l'intervenant ou à ses éventuels préjugés sur le sujet évoqué (Downs et al., 2015).

L'utilisation de la technologie dans le cadre de l'ECS est toutefois sujette à quelques réserves :

- Certaines approches axées sur la technologie peuvent se révéler peu viables dans des environnements pauvres en ressources ou lorsque l'accès à Internet ou à l'électricité peut être limité.
- Certaines interventions, telles que les « jeux sérieux » (voir le Glossaire) ou les simulations, impliquent des processus de développement longs et complexes et nécessitent des financements importants afin d'obtenir des produits de haute qualité. Le temps et les ressources doivent impérativement faire l'objet d'une planification adéquate.
- L'évaluation de l'apprentissage d'un participant à partir de simulations peut être plus complexe.
- La technologie évolue parfois tellement vite qu'au moment où une intervention est développée et évaluée dans le cadre d'un long processus de tests aléatoires, la ressource technologique utilisée est déjà obsolète.
- Bien que l'accès à Internet soit de plus en plus répandu et de moins en moins cher, les enfants et les jeunes n'en disposent pas toujours, notamment dans les pays à faibles revenus. Il existe également des disparités en

termes d'accès liées aux aspects géographiques et à la faiblesse des infrastructures (notamment pour les personnes habitant dans des régions montagneuses, des îles ou certaines zones rurales), au genre, à la langue et au niveau d'alphabétisation et de maîtrise du numérique (ITU, 2017 ; UNICEF, 2017 ; Broadband Commission, ITU et UNESCO, 2018 ; GSMA et IPSOS, 2018).

- La technologie ne saurait remplacer le soutien et l'orientation fournis par les parents aux enfants et aux jeunes. Elle doit être considérée comme un outil utile, mais ne peut remplacer les interactions avec des adultes apportant leur soutien.

### Planification et élaboration des programmes

- **Évaluez les besoins technologiques et les potentialités offertes par la technologie en soutien de l'ECS** : identifiez les difficultés présentées par la mise en œuvre de l'ECS et effectuez une analyse afin de définir dans quelle mesure la technologie peut vous aider à les surmonter. Évaluez les facteurs susceptibles d'impacter l'utilisation de la technologie et l'accessibilité aux ressources technologiques. Cette approche permet de s'assurer que la ressource technologique sélectionnée est pertinente et non redondante (Principles for Digital Development, n.d.).
- **Appuyez-vous sur les ressources existantes** : afin de tirer le meilleur profit de ressources limitées, économisez le temps, évitez les duplications d'efforts et adaptez les produits, ressources et approches existants plutôt que de créer quelque chose de totalement nouveau. Découvrez quelles sont les ressources vérifiées, testées et populaires via la communauté de développement numérique, des conférences, des blogs et évaluations de programmes. Développez des systèmes de suivi et de feedback pour le produit afin de recueillir des données pour son amélioration.
- **Utilisez les compétences disponibles** : une capacité importante est souvent nécessaire pour développer des programmes ou des éléments axés sur la technologie, notamment pour les plus complexes (et potentiellement les plus efficaces) d'entre eux. Les partenariats avec des professionnels de la technologie et des experts en contenus peuvent être un gage de qualité et d'efficacité des produits.
- **Établissez des partenariats avec les enfants et les jeunes** : dans le cadre du développement des éléments des nouveaux programmes technologiques, il est essentiel de comprendre les caractéristiques, les besoins, les centres d'intérêt et les difficultés des enfants et des jeunes, ainsi que les problématiques et le langage auxquels ils s'identifient. Les développeurs doivent s'appuyer sur un processus de conception collaboratif pour identifier les solutions et développer, tester et reconcevoir les produits jusqu'à ce qu'ils correspondent aux besoins des utilisateurs (Principles for Digital Development, n.d.).
- **Évaluez et traitez les problématiques relatives à la sécurité et à la confidentialité** : définissez avec soin les données recueillies concernant les utilisateurs et les programmes, ainsi que les méthodes d'acquisition, d'utilisation, de stockage et de partage qui leur sont appliquées. Les programmes doivent protéger de tout accès non autorisé et de toute manipulation par des tiers les informations confidentielles et les identités des personnes stockées dans les ensembles de données. Les pratiques responsables doivent promouvoir : la transparence des méthodes de collecte et d'utilisation des données, la réduction au maximum de la quantité d'informations personnelles sensibles et identifiables recueillies, la création et la mise en œuvre de politiques de sécurité protégeant les données et la vie privée/la dignité des personnes concernées et la création d'une politique de gestion des données après la fin du projet (Principles for Digital Development, n.d.).

- **Tirez avantage de l'individualisation et l'interactivité** : la sophistication toujours croissante de la technologie a transformé les différentes façons dont elle peut être utilisée pour améliorer l'efficacité de l'ECS. Les supports peuvent être individualisés en fonction de l'étape de développement cognitif, du niveau d'éducation/ d'expérience sexuelle, des lacunes spécifiques en termes de connaissances, du genre, de la race, de l'origine ethnique ou du profil de risque de l'apprenant. La technologie peut également être interactive et réagir au choix de l'apprenant. Il est par exemple possible d'utiliser des programmes de simulation (dans lesquels l'apprenant interagit dans un environnement reproduisant la réalité, prend des décisions et met en pratique ses compétences) ou d'organiser des « jeux sérieux » qui intègrent des aspects ludiques et compétitifs à des simulations afin d'augmenter leur valeur pédagogique. Les technologies interactives fournissent un feedback immédiat et personnalisé et permettent aux apprenants de rejouer des mises en situation en essayant des options ou des solutions différentes.
- **Veillez à ce que les programmes d'ECS axés sur la technologie se conforment aux programmes d'études** : les approches purement technologiques de l'ECS doivent impérativement inclure un mécanisme exigeant de l'utilisateur qu'il progresse et exécute des tâches spécifiques dans un ordre donné. Si l'utilisateur a la possibilité de choisir les aspects du programme d'études auxquels il souhaite accéder et peut en ignorer d'autres, le caractère exhaustif de son expérience d'apprentissage et des contenus auxquels il est exposé peut-être compromis.
- **Planifiez un processus approprié de gestion des contenus et de tenue à jour des produits** : les informations contenues dans un programme technologique donné doivent impérativement être tenues à jour et demeurer pertinentes, afin de réduire le risque de diffusion d'informations obsolètes ou inexactes via Internet.

## Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Envisagez le recours à un vaste éventail de méthodes axées sur la technologie pour la diffusion des éléments du programme d'ECS** : les méthodes suivantes peuvent être utilisées : appels téléphoniques, SMS, courriers électroniques, médias de masse, sites Web, blogs, vlogs, vidéos, podcasts, applications et réseaux sociaux, ainsi que programmes éducatifs, cours, quiz, jeux, simulations et « jeux sérieux », réalité virtuelle et « chatbots » (programmes informatiques capables de simuler une conversation avec des utilisateurs humains et de répondre à des questions) sur ordinateur ou en ligne.
- **Combinez l'approche technologique à d'autres approches** : nombre de ces méthodes ne permettent pas à elles seules de dispenser l'ECS. La plupart d'entre elles peuvent toutefois être utilisées dans le cadre d'un programme d'ECS ou le compléter, par exemple dans des hôpitaux, à la maison avec les parents des participants ou pour des programmes impliquant des réunions physiques. Des vidéos et des programmes informatiques utilisés dans un hôpital peuvent par exemple fournir aux enfants et aux jeunes une éducation efficace en termes de contraception et de prévention de la contamination par les infections sexuellement transmissibles et le VIH (Noar et al., 2009 ; Bailey et al., 2012 ; Tuong et al., 2014).

## Diffusion du programme

- **Recherchez des solutions applicables aux situations dans lesquelles l'accès des enfants et des jeunes à la technologie est limité** : les interventions peuvent être organisées dans des environnements fournissant un accès à la technologie (p. ex. hôpitaux ou écoles). Il est

également possible, si le budget le permet, d'équiper les enfants et les jeunes de téléphones portables (Guse et al., 2012). Une autre approche peut consister à fournir aux éducateurs appartenant à la communauté concernée des tablettes ou des ordinateurs à usage professionnel (Bailey et al., 2010).

- **Élargissez les sujets d'études des sites Web et des applications** : les programmes répondant à d'autres besoins et proposant des caractéristiques supplémentaires utiles permettront d'améliorer la prise de contact avec les enfants et les jeunes et de mieux les fidéliser. Il est également important de s'intégrer à l'ensemble des plateformes de réseaux sociaux et autres ressources technologiques.
- **Soyez attentif à la fidélisation des apprenants** : les produits bien conçus (en collaboration avec les utilisateurs), intéressants et adoptant une approche étape par étape sont plus à même de fidéliser le public visé.
- **Effectuez une veille sur les pages de groupes Facebook, les blogs et les forums interactifs** : lorsque les participants interagissent dans des discussions en direct ou s'échangent des informations, il est essentiel que le personnel compétent effectue un suivi régulier afin de s'assurer de l'exactitude et de l'intégrité des informations diffusées. Cette démarche est particulièrement importante en cas d'utilisation de pages de médias sociaux, qui peuvent facilement faire l'objet de posts ou de publicités indésirables provenant de personnes extérieures aux publics visés (UNICEF, 2011a ; UNFPA et al., 2015 ; UNDP et al., 2016). Les administrateurs de groupes doivent également être attentifs aux éventuels actes de violence ou de harcèlement en ligne.

## Documents fondamentaux

- *Principles for Digital Development* (site Web)
- *The mHealth Planning Guide: Key Considerations for Integrating Mobile Technology into Health Programmes* (K4Health, 2014)
- *mHealth Basics: Introduction to Mobile Technology for Health* (Global Health Learning Centre, 2013)
- *The MAPS Toolkit: mHealth Assessment and Planning for Scale* (OMS, 2013)
- *mHealth Design Toolkit: Ten Principles to Launch, Develop and Scale Mobile Health Services in Emerging Markets* (GSMA, n.d.)
- *Guidelines for an Effective Design of Serious Games* (Researchgate, 2014)
- *Sex Education in the Digital Era* (Institute of Development Studies, 2014)

## 3. Diffusion de l'ECS en milieu extrascolaire auprès de groupes spécifiques de jeunes

Tous les programmes d'ECS doivent être aussi inclusifs que possible, tenir compte de la diversité des enfants et des jeunes, informer l'ensemble des participants sur leurs expériences et répondre à leurs besoins. Il est toutefois impossible que l'ECS destinée à la population générale d'enfants et de jeunes aborde en profondeur les besoins spécifiques de chaque groupe. En outre, dans de nombreux contextes, les enfants et les jeunes appartenant à un groupe marginalisé ne se sentiront en sécurité et capables de parler librement de sujets relatifs à leur santé et leur sexualité qu'en compagnie d'autres personnes présentant un profil similaire. La présente section présente donc des informations et des conseils concernant la diffusion de l'ECS en milieu extrascolaire auprès de groupes spécifiques de jeunes. Pour chaque groupe, les recommandations formulées ci-dessous doivent être étudiées en sus de celles de la Section 2.

Il est essentiel de reconnaître que de nombreux enfants et jeunes appartiennent à plusieurs de ces groupes. Certains enfants et jeunes sont à la fois handicapés et homosexuels, d'autres sont des utilisateurs de drogues placés en détention, des jeunes personnes transgenres vivent dans un contexte de crise humanitaire ou bien des jeunes filles issues de populations autochtones vivent en milieu rural. De fait, les enfants et les jeunes peuvent appartenir à toutes les combinaisons possibles d'identités, de besoins et de préférences. Les personnes chargées de dispenser l'ECS doivent toujours être informées du profil des participants dont elles ont la charge et utiliser une approche reconnaissant la multiplicité des identités et des situations vécues.

### 3.1 Groupes sexospécifiques

Il est important pour les enfants et les jeunes de tous genres d'étudier la sexualité ensemble, notamment parce que de nombreux participants seront amenés à avoir des relations sentimentales ou sexuelles avec des personnes d'un autre genre à l'avenir. Il peut toutefois s'avérer nécessaire de dispenser l'ECS en milieu extrascolaire à des groupes sexospécifiques lorsqu'il s'agit de la seule manière culturellement acceptable de le faire.

En outre, bien que certains contenus relatifs à la violence et au genre soient les mêmes pour tous, il existe dans la plupart des pays un déséquilibre des rapports de forces hommes/femmes et jeunes garçons/jeunes filles. L'éducation sexotransformative (voir le Glossaire) doit inciter les participants à analyser les questions relatives au genre afin de mieux les comprendre mais également à adopter un mode de pensée critique leur permettant de définir dans quelle mesure les problématiques liées au genre impactent leurs vies. Une approche fondée sur la mixité présente également des avantages, car elle permet d'autonomiser les jeunes filles et de montrer aux jeunes garçons la pertinence morale et les avantages du partage du pouvoir avec les femmes et les jeunes filles (Greene et Levack, 2010). L'éducation relative à la violence basée sur le genre peut s'orienter vers différentes approches axées sur le genre, dans la mesure où les jeunes filles et les personnes non binaires/variantes sont les principales victimes et survivantes d'actes de violence,

alors que le positionnement social des jeunes garçons et des hommes les désigne comme principaux auteurs des actes de violence, et ce, bien qu'ils puissent être eux-mêmes victimes d'abus, sexuels ou non.

Les programmes peuvent être intégralement proposés dans le cadre de groupes ventilés par genre, mais il est également possible de ne séparer les participants que pour certaines sessions. Cette approche sexospécifique des sessions d'ECS est particulièrement intéressante pour les adolescentes (Greene and Levack, 2010 ; Morrison-Beedy et al., 2013 ; AGSA, 2016). Elle permet de créer un environnement d'apprentissage moins perméable aux stéréotypes basés sur le genre et aux préjugés inconscients, dans lequel la voix des femmes n'est pas marginalisée. Les jeunes filles peuvent assumer le rôle de leadership et ainsi renforcer leur confiance en leurs capacités.

Il est recommandé aux personnes chargées de la mise en œuvre des programmes de demander aux personnes non binaires (voir le Glossaire) la manière dont elles souhaitent être intégrées (Greene and Levack, 2010). Une des options disponibles consiste à former un troisième groupe pour les participants désireux faire partie d'un groupe mixte.

La planification, la méthodologie et le mode de diffusion de l'ECS dans le cadre de groupes sexospécifiques seront globalement les mêmes pour les filles et les garçons, mais certaines caractéristiques sont toutefois spécifiques à chaque groupe. La présente section met en exergue certains aspects parfois négligés, en s'appuyant sur la documentation disponible et les expériences des enfants/jeunes et des personnes chargées de la mise en œuvre des programmes.

#### 3.1.1 Jeunes filles et jeunes femmes

##### *Planification et élaboration des programmes*

- **Identifiez et localisez les jeunes filles les plus marginalisées** : afin d'adapter les programmes de manière appropriée, il est essentiel de comprendre les opportunités et les risques particuliers associés aux différents sous-groupes de jeunes filles et de jeunes femmes. Les groupes ciblés peuvent être très divers : jeunes filles âgées de 10 à 14 ans ou de 15 à 19 ans, jeunes filles issues des populations autochtones, jeunes filles déscolarisées, travailleuses domestiques, jeunes mères, etc. Les programmes peuvent définir les critères d'admissibilité et fonder leurs activités de recrutement sur ceux-ci. Dans cette optique, il est possible de détecter de façon efficace les jeunes filles confinées au sein de leur cercle familial en envoyant des intervenants adultes faire du porte-à-porte afin d'identifier les jeunes filles éligibles et de les inviter à participer au programme, tout en expliquant la teneur de ce dernier aux personnes adultes du ménage (Erulkar et al., 2013).
- **Ciblez les jeunes filles à un stade précoce, de préférence avant le début de la puberté** : l'acquisition de connaissances et compétences sanitaires, sociales, cognitives et économiques par les jeunes filles peut aider à la prévention du décrochage scolaire, des grossesses chez les adolescentes, de la violence sexuelle, des mariages d'enfants et du commerce sexuel (Chae and Ngo, 2017 ; Austrian et al, 2018 ; Bandiera et al, 2020). Dans un souci d'efficacité, il est nécessaire de présenter les programmes aux jeunes filles vers le début de l'adolescence (LeCroy et al., 2017 ; UNESCO et al., 2018).
- **Élaborez des programmes diversifiés permettant de répondre aux besoins des jeunes filles en fonction des contextes personnels** : les programmes multidimensionnels proposant une ECS et des services de santé, des interactions sur les médias sociaux, des modèles de comportement,

ainsi que l'acquisition de compétences relatives à la micro-épargne et au développement professionnel, permettent de différer l'âge du premier mariage des jeunes filles, et peuvent également réduire les risques d'infection par le VIH (ONUSIDA, 2016b ; Engel et al., 2019).

## Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Abordez les intérêts spécifiques des différents sous-groupes** : les méthodes mises en œuvre et les activités doivent inclure des approches de développement des atouts personnels, combinées aux programmes d'études associés à l'ECS. L'accent doit être mis sur les droits humains et les questions relatives au genre et au pouvoir et il est essentiel de prendre en compte les besoins des jeunes filles des différentes tranches d'âge, des jeunes filles célibataires ou mariées, et des jeunes mères. (Population Council, 2018).

## Diffusion du programme

- **Recrutez de jeunes mentors comme modèles de comportement alternatifs** : les jeunes mentors sont légèrement plus âgées que les jeunes filles. Elles doivent être des modèles pour ces dernières, qui pourront leur demander conseil en toute confiance. Ces jeunes femmes peuvent être la pierre angulaire du succès des programmes destinés aux jeunes filles et doivent être recrutées au sein de la communauté bénéficiant du programme (Population Council, 2016b).
- **Institutionnalisez les programmes en établissant des synergies avec les autres secteurs et plateformes** : afin de garantir la viabilité des approches intensives ciblant les jeunes filles, vous pouvez envisager une collaboration avec les enseignants et les prestataires de services de santé/travailleurs sociaux de la communauté concernée, ce qui permet de donner plus de force à votre message, de pérenniser l'intégration scolaire/d'assurer les réinscriptions des jeunes filles et de fournir à ces dernières un accès à des services de santé et de protection.

## Documents et programmes d'études fondamentaux

- *HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women: Putting HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women on the Fast-Track and Engaging Men and Boys* (ONUSIDA, 2016)
- *Building Girls' Protective Assets: A Collection of Tools for Program Design* (Population Council, 2016)
- *Program M: Working with Young Women* (Promundo, n.d.)
- *Sakhi Saheli: Promoting Gender Equity and Empowering Young Women – a Training Manual* (Population Council, 2008)
- *Empowering Young Women to Lead Change: A Training Manual* (UNFPA and World YWCA, 2006)
- *Abriendo Oportunidades Program: Integrated Curriculum Guide* (Population Council, 2017)
- *Go Girls! Community-Based Life Skills for Girls: A Training Manual* (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, 2011)
- *YWCA Safe Spaces for Women and Girls: A Global Model for Change* (World YWCA)

### 3.1.2 Jeunes garçons et jeunes hommes

## Planification et élaboration des programmes

- **Proposez des sessions de groupe associées à des interventions multidimensionnelles** : les stratégies applicables aux hommes et aux jeunes garçons efficaces

au niveau individuel et communautaire en termes de changements des attitudes et comportements relatifs au genre s'appuient sur une combinaison de sessions d'éducation par les pairs dispensées par des intervenants de sexe masculin, de programmes médiatiques à grande échelle, de programmes en milieu professionnel et de programmes axés sur les communautés/les droits visant à réduire les inégalités entre les sexes par le biais d'une évolution des normes sociales (IDS, Promundo and Sonke Gender Justice, 2015).

- **Développez des réseaux de pairs et désignez des personnes auxquelles les jeunes hommes peuvent s'identifier** : les clubs et les groupes de médias sociaux destinés aux jeunes garçons et aux jeunes hommes soutenant et travaillant au renforcement de nouvelles manières de penser et de se comporter peuvent induire une pression positive des pairs en soutien des modifications des attitudes et des comportements. (Namy et al., 2014 ; Torres et al., 2014).

## Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Évitez de blâmer les participants pour les problèmes structurels** : élaborer les activités prévues de façon que les garçons et les jeunes hommes ne se sentent pas attaqués ou tenus pour responsables des inégalités et des problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive constatés au sein de leurs communautés. Ne réduisez pas les problématiques complexes liées à la masculinité, à la sexualité et à la santé sexuelle aux attitudes et comportements des hommes. Les participants ne doivent pas imaginer qu'ils sont chargés de résoudre des problèmes sociétaux à la fois complexes et aux racines profondes. Le programme d'ECS peut en revanche les inciter à s'engager et à mobiliser leurs communautés afin de cibler ces facteurs structurels (Dworkin et al., 2015).
- **Ne vous contentez pas de dispenser des connaissances, mais concentrez-vous plutôt sur la modification des attitudes et l'acquisition de compétences** : vous pouvez aborder des thèmes tels que les prises de décisions en matière de contraception ou les interactions avec les jeunes enfants, mais aussi des compétences plus pratiques (p. ex. comment changer des couches/baigner un enfant) (Barker et al., 2007).

## Diffusion du programme

- **Envisagez de recourir à des environnements immersifs pour traiter les sujets les plus difficiles** : les retraites, des méthodes interactives telles que des longs débats de fond et la réflexion personnelle sont particulièrement efficaces lorsqu'il s'agit de modifier les attitudes concernant des sujets sensibles ou difficiles, par exemple l'homophobie, la transphobie ou la violence (Namy et al., 2014).
- **Évitez l'utilisation de stéréotypes sémantiques** : un langage et une imagerie véhiculant une conception stéréotypée de la virilité, par le biais desquels il est tentant d'établir le contact avec les jeunes garçons et les jeunes hommes (par exemple l'expression « sois un homme »), sont susceptibles de conforter plutôt que de remettre en question certains types de comportements masculins préjudiciables (Gibbs et al., 2015).

## Documents et programmes d'études fondamentaux

- *Global Sexual and Reproductive Health Services Package for Men and Adolescent Boys* (IPPF and UNFPA, 2017)
- *Manhood 2.0: A Curriculum Promoting a Gender-Equitable Future of Manhood* (Promundo, 2018)
- *Program H: Working with Young Men* (Promundo, 2018)
- *Programme Ra* (Promundo, n.d.)
- *Engaging Boys and Men in Gender Transformation: The Group Education Manual* (Promundo, 2008)

- *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A Global Toolkit for Action* (UNFPA, 2010)
- *Yaari Dosti: Young Men Redefine Sexuality* (Population Council, 2006)
- *“One Man Can” Campaign Toolkit* (Sonke Gender Justice Network, 2006)

## 3.2 Jeunes handicapés

Il existe de nombreux termes désignant les différents types de handicaps. Les présents Principes directeurs utilisent les catégories principales suivantes :

- **Les handicaps physiques** affectent la mobilité, la capacité physique, l’endurance ou la dextérité d’une personne. Les maladies/problèmes entrant dans cette catégorie sont les suivants (liste non exhaustive) : mucoviscidose, spina bifida, dystrophie musculaire, infirmité motrice cérébrale, lésion cérébrale acquise, traumatismes médullaires et sclérose en plaques.
- **Les handicaps intellectuels** ont pour conséquence une réduction importante des fonctions intellectuelles, par exemple la compréhension d’informations nouvelles/complexes et l’apprentissage/application de nouvelles compétences, ce qui diminue le niveau d’autonomie de la personne affectée. Les maladies/problèmes ici concernés sont les suivants (liste non exhaustive) : syndrome de l’X fragile, trisomie 21, syndrome de Prader-Willi et syndrome d’alcoolisme fœtal.
- **Les handicaps sensoriels** affectent un ou plusieurs sens, y compris la capacité de traitement des informations sensorielles. Il s’agit de problèmes tels que surdité et malentendance, cécité et malvoyance et trouble du spectre autistique.
- **Les handicaps psychosociaux** incluent les troubles schizoïdes tels que la schizophrénie et le trouble schizoaffectif, les troubles anxieux tels que le trouble obsessionnel-compulsif, le syndrome de stress post-traumatique, l’agoraphobie et la phobie sociale, et les troubles de l’humeur tels que la dépression et le trouble bipolaire.

Bien que les personnes handicapées ressentent les mêmes besoins et éprouvent les mêmes désirs sexuels que les autres personnes, elles peuvent rencontrer des difficultés à les satisfaire du fait de leur handicap (Sexual Health and Family Planning Australia, 2013 ; UNFPA et Women Enabled International, 2018). Les enfants et les jeunes handicapés ont souvent très peu d’opportunités d’exploration des questions relatives à la sexualité, par exemple en raison d’un manque d’intimité ou de la taille réduite de leurs cercles sociaux (UNFPA et Women Enabled International, 2018). Leurs parents/tuteurs ne leur offrent souvent pas la possibilité d’interagir sur le plan social et sentimental avec d’autres personnes. En outre, les personnes de l’entourage des enfants et des jeunes handicapés peuvent réagir négativement, exprimer leur désapprobation ou renforcer le sentiment de culpabilité ou de honte lorsqu’ils sont confrontés à une expression sexuelle ou des comportements sexuels normaux de leur part (Travers et al., 2014 ; New South Wales Department of Family and Community Services, 2016 ; Chappell et al., 2018). Les stéréotypes et les attitudes négatives associés à la sexualité des personnes handicapées intensifient le climat de stigmatisation et de discrimination auquel celles-ci doivent faire face et réduisent leurs possibilités d’accès à une vie sexuelle saine et épanouie (Addlakha et al., 2007).

La plupart des enfants et des jeunes handicapés ne disposent que d’un éventail réduit de choix de vie, ce qui peut affecter leur confiance en eux et, par rebond, leur sexualité. Ils peuvent avoir une mauvaise image d’eux-mêmes et des compétences insuffisantes dans des domaines tels que : interactions sociales, demande de rendez-vous sentimentaux, préservation de l’intimité, prises de décisions relatives à la sexualité et pratiques sexuelles sans risque

(Eastgate, 2008 ; Gougeon, 2009 ; Swango-Wilson, 2010 ; Travers et al., 2014 ; Holland-Hall et Quint, 2017). De surcroît, les enfants et les jeunes handicapés (notamment les jeunes filles) sont beaucoup plus exposés à la violence sexuelle, physique et émotionnelle que les enfants et les jeunes valides (Jones et al., 2012 ; UNFPA, 2018a). Les enfants et les jeunes handicapés sont également moins à même de signaler des actes de violence, de solliciter des soins ou de s’adresser aux instances judiciaires, en partie parce qu’ils sont souvent oubliés dans les programmes de prévention de la violence (Ellery et al., 2011 ; Jones et al., 2012).

Certains pays proposent des services de santé souvent physiquement inaccessibles et affichent d’importantes carences en termes de proposition de modes de communication alternatifs (braille, langage des signes, etc.) (ONUSIDA, 2017b). La plupart des programmes de soins de santé, y compris ceux consacrés à la santé sexuelle et reproductive et aux droits sexuels et reproductifs, ne tiennent pas compte des besoins des personnes handicapées. De même, les programmes dédiés aux personnes handicapées peuvent parfois ignorer les besoins qui sont les leurs en termes de sexualité, de santé sexuelle et reproductive et de droits sexuels et reproductifs (OMS et UNFPA, 2009 ; UNFPA, 2018a).

### 3.2.1 Jeunes handicapés (approche générale)

Les présentes recommandations s’appliquent à l’ensemble des enfants et des jeunes handicapés. Les sections suivantes abordent les besoins spécifiques des personnes souffrant de handicaps physiques, intellectuels, sensoriels et psychosociaux. Des sections distinctes sont dédiées aux personnes non-voyantes, sourdes ou autistes. Le nombre de recommandations liées à chaque groupe d’enfants et de jeunes est variable, en partie car la quantité de données probantes disponibles n’est pas la même d’un handicap à l’autre.

#### *Planification et élaboration des programmes*

- **Assurez la promotion de modèles axés sur les droits sociaux et humains des personnes handicapées** : les programmes doivent tenir compte du fait que les individus sont plus handicapés par les obstacles dressés par la société elle-même et les empêchant de s’épanouir pleinement que par leur déficience ou leur différence. Les modèles de gestion sociale des handicaps doivent prendre en compte les obstacles empêchant l’intégration des personnes handicapées. Les modèles axés sur les droits se concentrent quant à eux sur les droits humains des handicapés, ainsi que sur la promotion et la protection de l’égalité sociale et économique, de l’accessibilité physique et de l’inclusion.
- **Impliquez des personnes adultes** : les attitudes et les actes des autres personnes étant susceptibles de compromettre l’accès à une sexualité saine des enfants et des jeunes handicapés, notamment ceux souffrant de déficiences intellectuelles, les programmes doivent dans la mesure du possible impliquer tous les adultes jouant un rôle important dans la vie de l’enfant ou de la jeune personne concerné(e) : parents, soignants, prestataires de soins personnels, conseillers, enseignants et autres professionnels en contact avec eux (Murphy et Elias, 2006 ; Garbutt, 2008 ; Katz et Lazcano-Ponce, 2008 ; Rohleder et Swartz, 2009 ; Swango-Wilson, 2010 ; Chirawu et al., 2014 ; Travers et al., 2014 ; Holland-Hall et Quint, 2017 ; Hanass-Hancock et al., 2018b).
- **Apportez votre soutien aux parents et aux soignants, et encouragez-les à dispenser une éducation précoce à la sexualité aux enfants et jeunes handicapés** (SIECUS, 2001 ; Garbutt, 2008) : pour les enfants et les jeunes handicapés non scolarisés, le rôle joué par les parents et

les soignants dans l'accès à l'éducation à la sexualité est encore plus important. Il est possible de leur apprendre à tirer profit des « moments pédagogiques » associés à des événements naturels de la vie quotidienne afin de promouvoir l'indépendance, la recherche d'intimité et la socialisation de l'enfant et de le préparer aux changements induits par la puberté, notamment le cycle menstruel pour les filles et les érections, l'éjaculation et la pollution nocturne pour les garçons.

- **Adaptez les programmes de façon à répondre aux besoins de chaque participant** : il est important d'effectuer une évaluation permettant de définir si une jeune personne est polyhandicapée (p. ex. combinaison d'un handicap intellectuel et d'un handicap physique). Les programmes d'études doivent être adaptés au cas par cas aux besoins spécifiques des participants.
- **Soyez informé des effets de certains handicaps sur la sexualité** : le démarrage de la puberté peut être précoce chez les enfants atteints d'hydrocéphalie ou de trisomie 21. Il peut en revanche être soit précoce, soit tardif pour ceux atteints d'infirmité motrice cérébrale (Murphy et Elias, 2006). La puberté peut être retardée chez les enfants présentant des déficiences du développement prénatal/génétique. Enfin, pour les enfants souffrant du syndrome de Prader-Willi, la puberté peut être tardive, voire ne pas survenir (SIECUS, 2001). Les contenus des programmes doivent être adaptés en conséquence.
- **Effectuez un suivi des services d'orientation afin de vous assurer qu'ils traitent avec respect les enfants et les jeunes handicapés** : dressez une liste des services sociaux/ de santé ou des professionnels de confiance pouvant être recommandés aux participants, en y incluant entre autres les services de conseil et de prévention des abus sexuels (Chirawu et al., 2014 ; Hanass-Hancock et al., 2018a). Si aucun service d'orientation approprié n'est disponible, les concepteurs de programmes doivent s'impliquer dans des activités de plaidoyer afin d'amener les pouvoirs publics à fournir des services et de sensibiliser les prestataires de services.

## Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Demandez aux participants de spécifier leurs méthodes d'apprentissage préférées et essayez de répondre à leurs demandes** : les participants peuvent privilégier l'apprentissage individuel, en petits groupes ou en groupes de plus grande taille. Il convient de leur demander comment ils souhaitent recevoir l'enseignement et le feedback des intervenants, par exemple à l'aide de supports visuels, en les aidant à suivre page par page, en ralentissant le rythme de lecture et de communication des contenus ou via la visualisation de simulations de comportement ou de scénarios de jeux de rôle exécutés par les intervenants.
- **Testez un éventail de techniques d'enseignement afin de déterminer ce qui fonctionne le mieux pour chaque participant donné** : les intervenants peuvent également renforcer le sentiment de pouvoir des participants en se tenant/s'asseyant à hauteur d'œil (pour les participants voyants) et en leur expliquant que les intervenants et les jeunes handicapés sont égaux. Ils doivent également s'assurer que des consignes claires soient établies concernant les demandes d'aide, et n'apporter de l'aide que lorsque les participants la sollicitent, afin que ces derniers puissent parler et agir par eux-mêmes.
- **Mettez l'accent sur les aptitudes sociales pertinentes** : l'enseignement des compétences doit tout particulièrement mettre l'accent sur l'application pratique d'une vaste gamme d'aptitudes sociales pertinentes dans le cadre d'un handicap donné.

## Diffusion du programme

- **Lorsque l'ECS est dispensée à un groupe mêlant des enfants et des jeunes handicapés et valides, ne séparez pas les participants selon des critères fondés sur la validité** : l'ECS doit mettre l'accent sur l'importance de la diversité et inclure une présentation générale de l'impact d'un handicap sur la sexualité, sans toutefois mettre en avant les déficiences des enfants et des jeunes handicapés. Dans un environnement mêlant handicapés et valides, les enfants et les jeunes handicapés ne doivent en aucun cas être singularisés.
- **Offrez aux intervenants une formation approfondie aux méthodes et techniques appropriées, ainsi qu'un soutien ultérieur permanent** (Sweeney, 2007) : les intervenants doivent impérativement pouvoir gérer avec le même niveau de compétence les contenus spécifiques à chaque type de handicap et les contenus pédagogiques généraux.
- **Respectez et adoptez le langage privilégié par les personnes handicapées** : il est généralement recommandé de faire commencer les références aux personnes handicapées par le mot « personne » (p. ex. « personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale » et « personnes atteintes de troubles de l'apprentissage »). Les intervenants des programmes d'ECS doivent toutefois consulter les enfants et les jeunes affectés à un programme afin de définir comment ils s'identifient.
- **Mettez l'accent sur les limites à respecter** : les intervenants doivent discuter avec les participants de l'importance de la définition de leurs limites personnelles et du respect des autres (espace personnel, rapport temps public/ temps privé, pensées/conversations, contacts physiques) (Szydowski, 2016), et donner l'exemple à ce propos. Il convient également d'évoquer les thèmes du contrôle de son corps et du droit au refus des contacts physiques.
- **Donnez aux enfants et jeunes handicapés l'occasion d'interagir avec des pairs valides** : ces interactions peuvent si nécessaire être mises en œuvre dans le cadre d'activités complémentaires.
- **Assurez-vous que les intervenants ont accès à des dispositifs de soutien et d'orientation** permettant de traiter les signalements d'abus, de violence et d'exploitation sexuelle susceptibles de survenir pendant ou après les sessions d'ECS, notamment dans le cadre du présent sujet (Johns et al., 2014 ; Hanass-Hancock et al., 2018a ; Hanass-Hancock et al., 2018b).

### 3.2.2 Jeunes handicapés physiques

## Diffusion du programme

- **Envisagez la composition de groupes mixtes comprenant des personnes handicapées et des personnes valides** : les sessions communes avec des pairs valides sont particulièrement appréciées des enfants et des jeunes atteints de handicaps visibles qui souhaitent recevoir la même éducation que leurs pairs (Esmail et al., 2010b). Des informations additionnelles et des supports complémentaires destinés aux participants handicapés doivent être mises (de manière indépendante) à leur disposition en ligne ou fournies dans le cadre de sessions individuelles/en petits groupes organisées dans un espace privé et sécurisé (Esmail et al., 2010a). Veuillez noter que certains groupes, notamment ceux réunissant des personnes souffrant d'un handicap acquis (p. ex. grands brûlés), sont susceptibles de préférer des programmes d'ECS incluant uniquement des personnes atteintes du même handicap (Parrott et Esmail, 2010).

### 3.2.3 Jeunes souffrant de déficiences intellectuelles

#### Planification et élaboration des programmes

- **Votre objectif doit être d'aider les enfants et les jeunes atteints de déficiences intellectuelles à parvenir à l'auto-détermination ou à une autonomisation accrue en matière de sexualité** (Gougeon, 2009 ; Travers et al., 2014 ; Ginevra et al., 2016) : il s'agit de favoriser l'accès à la santé sexuelle et l'intégration sociale des enfants et des jeunes souffrant de déficiences intellectuelles, de manière exhaustive, et dans la mesure du possible, dans le cadre d'un programme indépendant (Katz et Lazcano-Ponce, 2008). L'éducation à la sexualité doit démarrer à un stade précoce afin de faciliter la prise de décision et d'assurer une transition harmonieuse vers l'âge adulte.
- **Fournissez des opportunités d'établissement de relations entre pairs** : les enfants et les jeunes souffrant de déficiences intellectuelles importantes sont souvent surveillés en permanence par des adultes, ce qui peut les empêcher d'avoir des relations significatives avec leurs pairs et de développer des relations. L'ECS doit être combinée à un soutien social et à des programmes d'intégration sociale/des activités avec des pairs valides. Cette approche leur permet de mettre en pratique les compétences acquises dans un environnement sincère et inclusif, afin d'engranger des connaissances en matière de sexualité que les enfants et les jeunes valides peuvent acquérir plus facilement (Eastgate, 2008 ; Katz and Lazcano-Ponce, 2008 ; Gougeon, 2009 ; Swango-Wilson, 2010 ; Travers et al., 2014).
- **Planifiez soigneusement la composition de votre groupe** : réfléchissez à l'organisation de votre groupe en prenant en compte les capacités cognitives variables des participants (Chappelle et al., 2018). Les groupes peuvent être structurés en fonction de l'âge ou des capacités afin d'aider à la planification des activités.
- **Adaptez la méthodologie et non les contenus** : en règle générale, les contenus du programme doivent être les mêmes que ceux des autres enfants du même âge, bien qu'il soit nécessaire de faire comprendre aux enfants et aux jeunes souffrant de déficiences intellectuelles qu'ils sont plus exposés à plusieurs formes de comportements abusifs. La méthodologie doit toutefois être adaptée à leur niveau de développement et certains concepts doivent être simplifiés, mieux définis ou refaçonnés. Les infections sexuellement transmissibles peuvent par exemple être abordées de façon générale et selon une approche uniquement centrée sur la prévention, sans rentrer dans les détails concernant chaque infection.
- **Commencez par répondre aux besoins les plus immédiats et les plus essentiels du participant** : pour une personne atteinte de trisomie 21, les problématiques essentielles peuvent par exemple être la sécurité, l'adéquation sociale et l'indépendance (Couwenhoven, 2007).
- **Concentrez-vous sur les compétences tout en effectuant les distinctions nécessaires** : des distinctions élémentaires telles que garçon-fille ou toilettes hommes-femmes, peuvent aider les enfants et les jeunes souffrant de déficiences intellectuelles à mieux gérer leur vie quotidienne. Il est également important de les aider à faire la distinction entre les personnes avec lesquelles il est approprié ou inapproprié de se trouver nu(e), à accepter une aide pour la toilette ou la gestion des menstruations, à toucher certaines parties de leur corps ou à quitter l'école (Hanass-Hancock et al., 2018a ; Johns et al., 2014 ; Gerhardt, n.d.).

#### Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Faites en sorte que vos démonstrations soient aussi concrètes que possible** : si par exemple vous évoquez la grossesse et l'éducation des enfants, amenez un bébé à votre session afin d'expliquer ses besoins (nourriture, changement des couches, autres soins) (Boehning, 2006). Il est recommandé d'utiliser des supports pédagogiques tels que des modèles tridimensionnels, des poupées anatomiquement réalistes, des photos, des images, des vidéos et des schémas.
- **Contextualisez l'apprentissage de l'étiquette, des compétences et des codes sociaux** : situez chaque utilisation de compétence ou comportement dans des lieux spécifiques, afin d'apprendre, par exemple, aux participants à faire la différence entre les formules de politesse utilisées dans un magasin, sur leur lieu de travail ou à la maison.
- **Prenez votre temps et n'hésitez pas à répéter les contenus** : les enfants et les jeunes souffrant de déficiences intellectuelles auront besoin de plus de temps pour assimiler les connaissances voulues (Murphy et Elias, 2006 ; Couwenhoven, 2007 ; Johns et al., 2014 ; Schaafasma et al., 2017 ; King County, 2018). Divisez les activités en étapes à la fois courtes et simples. Les contenus doivent être répétés souvent et transmis dans des environnements/ contextes différents impliquant des personnes extérieures à l'entourage habituel des participants. Des sessions motivationnelles et des révisions fréquentes sont nécessaires afin de maintenir les connaissances et les compétences à niveau (Swango-Wilson, 2010 ; Schaafasma et al., 2015 ; Visser et al., 2017). La répétition est particulièrement efficace pour les personnes atteintes de trisomie 21 (Couwenhoven, 2007).
- **Utilisez souvent le renforcement positif et complimentez les participants** : cette approche aidera les participants à considérer l'éducation à la sexualité comme une expérience positive (Baxley et Zendell, 2011).
- **Tirez le meilleur profit des moments et des imprévus présentant un intérêt pédagogique** : si une personne présente dans la salle est enceinte, cela peut constituer une bonne opportunité d'évoquer le thème de la grossesse (si les participants sont à l'aise avec ce sujet). Il peut également arriver que les paroles d'une chanson aient un rapport avec la leçon en cours (Moss et Blaha, 2001).
- **Lorsque vous discutez du signalement des actes de harcèlement et de violence sexuelle, faites en sorte d'avoir sur place une personne à laquelle les participants peuvent signaler des actes de maltraitance** : certains apprenants s'appuient uniquement sur leur vue du fait de leur handicap, et il peut également être plus difficile pour eux de contacter quelqu'un par téléphone ou par courrier électronique. S'il vous est impossible d'avoir cette personne sur place, veillez à ce que les participants puissent identifier clairement les personnes à contacter s'ils souhaitent se confier à ce propos. Ils peuvent par exemple tracer le contour de leur main et écrire le nom des personnes qu'ils peuvent contacter avec leur numéro de téléphone sur chaque doigt (parent, police, conseiller, travailleur social). Les participants doivent connaître au moins trois noms de personnes pouvant être contactées, de sorte que si l'une d'elles est indisponible, il soit possible d'en joindre une autre. Comme la sécurité des enfants et des jeunes est primordiale, expliquez aux participants que les informations écrites sont susceptibles d'être découvertes par des agresseurs potentiels, et indiquez-leur des moyens de garder ces informations confidentielles ou de les dissimuler, y compris les coordonnées de leurs contacts. Ils doivent être aptes à communiquer discrètement et en toute sécurité avec des adultes de confiance tout au long de leur vie.

## Diffusion du programme

- **Ralentissez le rythme des sessions et augmentez le nombre de pauses** : ne surinformez pas les participants.
- **Utilisez dans la mesure du possible la langue maternelle des participants** : cela est particulièrement important lorsque des sujets sensibles ou personnels sont abordés, par exemple les parties intimes du corps ou les différentes formes de contact physique (Chappell, 2018).
- **Veillez à communiquer les contenus en termes concrets** : expliquez à l'aide d'un langage clair, simple et explicite (Katz et Lazcano-Ponce, 2008 ; Gougeon, 2009 ; Travers et al., 2014 ; Holland-Hall et Quint, 2017). Les informations doivent être scientifiquement exactes ou factuelles, mais pas exagérément techniques. Évitez les euphémismes tels que « coucher ensemble » ou les mots à double signification (Holland-Hall et Quint, 2017). Les intervenants doivent répéter un ensemble de mots ou de concepts clés tout au long du programme, par exemple « C'est privé » (Johns et al., 2014).
- **En cas de comportement inapproprié, évitez tout autant la surréaction que le laxisme** (Moss et Blaha, 2001) : concernant les personnes souffrant de déficiences intellectuelles profondes, l'intervenant doit recadrer (en répétant ses directives) le participant dès la détection du comportement inapproprié (par exemple masturbation, déshabillage), plutôt que d'aborder le sujet après l'événement, c.-à-d. hors du contexte.
- **Évitez les contacts physiques intrusifs** : apprenez aux participants que l'intégralité de leur corps n'appartient qu'à eux et que quiconque ayant l'intention de le toucher doit d'abord leur demander la permission ; qu'ils ont le droit de prendre des décisions en toute autonomie concernant leur corps, notamment en ce qui concerne la stérilisation, la contraception et la grossesse ; qu'ils ont le droit de dire « non » ; qu'il est possible de saluer une autre personne sans étreinte ni baisers (les jeunes handicapés apprennent ainsi que saluer autrui n'implique pas forcément de geste physiquement envahissant) ; et que seul un « oui » prononcé verbalement, et non un hochement de tête ou un sourire, signifie « oui » (en effet, leur handicap risque de jouer contre leur crédibilité en cas d'accusation portant sur un acte sexuel non consenti).

### 3.2.4 Jeunes sourds ou malentendants

#### Planification et élaboration des programmes

- **Ayez l'esprit d'auto-critique quant aux biais cognitifs** : il est important que les personnes entendantes impliquées dans la conception des programmes d'ECS soient informées des lieux communs relatifs à la surdité engendrant la formation de biais cognitifs.
- **Encouragez l'utilisation de tous les moyens de communication efficaces et appropriés** : Plus spécifiquement :
  - langage des signes ;
  - communication totale (qui intègre tous les moyens de communication : signaux formels, gestes naturels, dactylographie, langage corporel, écoute, lecture sur les lèvres et parole) ;
  - communication bilingue/biculturelle (reconnaissant l'authenticité et l'importance des cultures entendantes et Sourde<sup>4</sup> en incorporant des éléments de chacune d'entre elles dans les sessions) ;
  - langage parlé complété (un système de communication visuelle dans le cadre duquel les mouvements de

bouche associés au langage sont combinés à des configurations manuelles afin que tous les sons du langage parlé apparaissent comme différents) ;

- **approches se fondant sur la lecture des lèvres** ;
- **systèmes FM à antenne cadre** (appareils d'assistance auditive composés d'un émetteur utilisé par le parlant et d'un récepteur utilisé par l'écouteur) et sous-titres pour médias audio-visuels, qui sont importants pour améliorer l'accessibilité des supports de communication (OMS, 2016b).
- **Encouragez les familles des enfants et jeunes sourds à apprendre le langage des signes et impliquez les parents et les soignants** : il s'agit d'un bon moyen d'améliorer et de faciliter les conversations relatives à la sexualité (Lamoureux, 2014).
- **Prévoyez dans la mesure du possible des sessions communes avec les parents d'enfants et de jeunes sourds ou malentendants** : ces interventions peuvent aider les parents entendants à interagir avec des enfants et des jeunes sourds dans le cadre de conversations de groupe.

#### Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Utilisez des approches visuelles, tactiles et kinétiques** : ces méthodes sont les plus adaptées aux styles d'apprentissages des enfants et jeunes sourds ou malentendants. Elles ne doivent pas laisser une part importante au langage écrit.
- **Ayez recours à des démonstrations physiques explicites** : les pièces de théâtre et les jeux de rôle permettent aux enfants et aux jeunes sourds ou malentendants d'observer les interactions et leurs effets. Autres approches pertinentes : discussions en petits groupes, prise de parole par des intervenants Sourds, modèles tridimensionnels destinés à l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie et vidéos en langage des signes (Lamoureux, 2014). Dans la mesure du possible, les vidéos doivent comporter une option permettant d'afficher ou de masquer les sous-titres. Si l'interprète apparaît sur une vidéo, il doit être dans la plus grande des fenêtres et l'orateur associé dans la plus petite.
- **Assurez-vous que les supports écrits sont adaptés aux compétences de lecture des participants** : veillez à ce que toutes les brochures ou autres documents comprennent des éléments visuels tels que des images ou des dessins. Privilégiez les supports visuels plutôt que les mots et utilisez un langage simple (Lamoureux, 2014). Pour les participants ne possédant pas de bonnes capacités langagières, traitant plus lentement les informations ou ayant des capacités de compréhension réduites, les intervenants peuvent utiliser plusieurs techniques : répétition, présentations multiples/sur une plus longue période de temps des mêmes concepts, etc.

#### Diffusion du programme

- **Veillez à ce que l'ECS soit dispensée par des intervenants qualifiés maîtrisant parfaitement le langage des signes, de préférence des personnes s'identifiant fortement à la culture Sourde** : la capacité de l'intervenant à communiquer facilement et efficacement avec les participants est le facteur le plus essentiel de l'ECS destinée aux enfants et jeunes sourds et malentendants. Il en va de même pour toutes les démarches pédagogiques concernant ces derniers. La lecture sur les lèvres n'est pas un vecteur d'apprentissage efficace, car la personne ciblée ne comprend qu'une partie du message de l'enseignant. Pour les participants bénéficiant d'une audition résiduelle et/ou d'une technologie d'assistance

<sup>4</sup> Sourd(e) avec un « S » majuscule est utilisé pour les personnes s'identifiant comme culturellement sourdes ou ayant une forte identité sourde. Utilisez un « s » minuscule pour ceux qui ne s'associent pas aussi fortement à la culture Sourde.

(appareil de correction auditive, implants cochléaires), les interventions orales sont possibles, à la condition que l'apprenant soit en mesure de comprendre la grande majorité/l'intégralité de ce que dit la personne entendante.

- **Les intervenants doivent s'assurer que le langage des signes qu'ils utilisent correspond au dialecte parlé par les participants** : il s'agit d'un aspect important, car les dialectes du langage des signes diffèrent selon les communautés (Lamoureux, 2014).
- **Veillez à pallier les lacunes significatives associées au langage des signes** : il est possible que, dans certains langages des signes, il n'existe pas de signes standard associés au vocabulaire relatif à la sexualité (ou les participants peuvent utiliser un langage argotique). Dans ces situations, adoptez une approche participative et demandez aux intervenants et aux participants de collaborer à l'élaboration de ces signes.
- **Si les intervenants ne maîtrisent pas le langage des signes, veillez à ce qu'ils soient formés de façon à pouvoir collaborer efficacement avec un interprète** : l'intervenant doit utiliser des phrases courtes et laisser du temps pour la lecture sur les lèvres ou l'interprétation en langage des signes, tout en gardant à l'esprit que la perte d'audition n'impacte en rien les capacités intellectuelles des participants. Les supports visuels doivent être placés près de l'interprète en langage des signes, puisque c'est dans cette direction que se tourneront les regards des participants. L'intervenant doit éviter de parler et de montrer les supports visuels en même temps, car les participants sourds et malentendants ont besoin de temps pour passer de l'interprète en langage des signes aux supports visuels.
- **Assurez-vous que les interprètes savent s'exprimer dans le langage des signes pratiqué par les participants** : si le programme ne peut être proposé directement en langage des signes et qu'il vous faut faire appel à un interprète tiers, assurez-vous de ses compétences en compréhension et en traduction en demandant aux participants si les signes qu'il effectue sont compréhensibles.
- **Veillez à ce que les intervenants soient capables d'identifier les signes de sévices, notamment sexuels** : les enfants et les jeunes sourds peuvent ne pas avoir eu l'occasion d'être informés des règles de bienséance relatives à la sexualité par le biais de conversations ou d'émissions de radio, télévision ou toute autre source audio. Ils peuvent en conséquence avoir des difficultés à rapporter des sévices si leurs parents, leurs soignants ou d'autres adultes de confiance ne maîtrisent pas le langage des signes ou si eux-mêmes éprouvent des difficultés à s'exprimer oralement.

### 3.2.5 Jeunes non-voyants

#### Planification et élaboration des programmes

- **Évaluez l'importance de l'observation visuelle dans l'apprentissage des concepts relatifs à la sexualité par les enfants et les jeunes et définissez en conséquence une stratégie d'apprentissage pour les participants non-voyants** : les concepteurs de programmes doivent impérativement identifier ces aspects liés à la sexualité et les comportements humains connexes et les intégrer au programme d'ECS, par exemple les postures et le langage corporel adaptés aux différents niveaux de formalité des environnements, la distance à laquelle il convient de se tenir en fonction de la relation entretenue avec une personne. Il s'agit également de faire comprendre aux participants qu'une personne peut être vue à travers une fenêtre si les rideaux ne sont pas tirés.

#### Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Utilisez des supports appropriés, rédigés entre autres en braille, dans la mesure du possible** : si ces ressources sont disponibles, les intervenants peuvent également utiliser des logiciels de lecture d'écran, des claviers en Braille et des synthétiseurs vocaux (Davies, 1996). Lorsqu'aucun support en Braille n'est disponible, les méthodes répertoriées ci-dessous peuvent aider à l'apprentissage. Pour les participants malvoyants, utilisez des supports à gros caractères, des symboles graphiques de grande taille et des supports à contraste élevé de couleurs vives, tout en veillant à ce que l'éclairage de la salle soit suffisant.
- **Utilisez des méthodes tactiles afin que les participants non-voyants puissent découvrir les supports en les touchant** : par exemple, pour des sujets tels que l'anatomie, la réponse sexuelle et l'utilisation de préservatifs, utilisez des modèles anatomiques fidèles à la réalité (Krupa et Esmail, 2010).
- **Décrivez l'univers visuel en utilisant des descriptions riches, approfondies, concrètes, franches et multisensorielles** : il est important de bien expliquer les concepts impliquant des éléments visuels (p. ex. grand, petit, musclé).
- **Expliquez en détail les concepts susceptibles d'être mal connus** : les enfants et jeunes non-voyants peuvent avoir une compréhension différente de concepts tels que le genre, l'image du corps, l'espace et les limites personnels, les différences anatomiques, le comportement sexuel et le langage se rapportant à la sexualité.

#### Diffusion du programme

- **Faites appel à des intervenants non-voyants et à d'autres qui sont voyants** : bien que le recours à des intervenants non-voyants soit recommandé, il est également important que les participants non-voyants travaillent avec un intervenant voyant, car il peut être bénéfique pour eux d'entendre ses descriptions visuelles et d'en savoir plus sur la perspective d'une personne voyante.
- **Supervisez attentivement les participants** : un programme d'ECS ayant recours à des méthodes tactiles doit être dispensé individuellement ou en petits groupes, en l'absence d'enfants et de jeunes non handicapés, pour lesquels ces méthodes sont inappropriées. Encouragez les participants non-voyants à poser des questions aux participants malvoyants (Hanass-Hancock et al., 2018a).
- **Respectez l'espace physique personnel des participants** : les intervenants peuvent opter pour des démonstrations physiques, mais doivent systématiquement demander la permission des participants avant tout contact physique. Ces derniers seront ainsi informés de ce qui va se passer et comprendront qu'il leur appartient de décider qui peut entrer en contact physique avec eux.

### 3.2.6 Jeunes souffrant de troubles du spectre autistique

En règle générale, pour les enfants et les jeunes à fonctionnement intellectuel réduit souffrant de troubles du spectre autistique (plus particulièrement ceux présentant des déficiences cognitives), les recommandations de la section 3.2.3 dédiée aux déficiences intellectuelles doivent s'appliquer. Les sujets à très haut fonctionnement intellectuel sont la plupart du temps intégrés aux circuits éducatifs traditionnels, au sein desquels ils recevront une ECS, si celle-ci fait partie de leur programme.

## Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Utilisez des méthodes développées spécifiquement pour l'enseignement et la consolidation de l'apprentissage des enfants et des jeunes atteints d'autisme.** Ces méthodes incluent :
  - **analyse du comportement appliquée**<sup>5</sup> ;
  - **technique des histoires sociales**<sup>6</sup> ;
  - **enseignement par essais distincts**<sup>7</sup> ;
  - **supports visuels** : une série d'images ou de représentations visuelles de ce que le participant est censé faire, visant à lui rappeler les tâches à exécuter et à lui permettre de le faire de manière indépendante ;
  - **modelage/façonnement** : l'intervenant ne propose un renforcement que pour les bonnes approximations du comportement souhaité qu'il enseigne ;
  - **répétition cognitive** : l'intervenant et le participant collaborent afin de trouver et de mettre en pratique les méthodes selon lesquelles un problème donné peut être traité ;
  - **récits personnalisés** : récits exposant des situations sociales personnalisés pour le participant, par exemple contenant des images le représentant ou représentant des amis ou des membres de sa famille, ce qui permet d'apprendre au participant ce à quoi il doit s'attendre dans ces situations et comment y réagir ;
  - **modélisation de comportements** : en direct ou à l'aide d'une vidéo (Gerhardt, 2013).
- **Centrez vos leçons sur des situations spécifiques** : pour les personnes atteintes de troubles du spectre autistique, la contextualisation est plus importante que la répétition. Évaluez le niveau de compréhension des participants plutôt de vous contenter de répétitions. Proposez des exemples variés afin d'aider les participants à généraliser les concepts (Gerhardt, n.d.).
- **Sélectionnez des activités individuelles ou collectives en fonction des participants** : pour les participants souffrant d'un trouble léger ou modéré du spectre autistique il est recommandé de travailler en petits groupes. Concernant ceux atteints de troubles importants du spectre autistique, il est préférable de réduire les activités de groupe et de favoriser les activités individuelles.
- **Utilisez des ressources visuelles simples** : les images ne doivent pas être exagérément complexes ou encombrées, car les participants pourraient se concentrer sur les détails plutôt que sur la signification générale de l'image (Gerhardt, n.d.). Le sens essentiel des images doit pouvoir être identifié facilement par le participant. Il est possible que les participants aient besoin d'aide pour interpréter les expressions faciales ou le langage corporel sur des images (Johns et al., 2014).
- **Concentrez-vous sur les concepts plutôt que sur les détails** : les participants atteints de troubles du spectre autistique peuvent être enclins à se focaliser sur les détails associés à chaque concept plutôt que sur le concept lui-même. Il peut être difficile pour eux de comprendre les concepts sociaux. C'est pourquoi les intervenants doivent diviser tous les travaux en étapes simples et se concentrer sur la compréhension des concepts (Johns et al., 2014).

## 3.2.7 Jeunes souffrant de déficiences psychosociales

### Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Tenez compte des difficultés potentielles associées au traitement cognitif ou à la maîtrise du langage** : les personnes présentant des déficiences psychosociales peuvent rencontrer des difficultés liées à leurs symptômes ou aux médicaments ingérés, qui peuvent engendrer des troubles de la concentration, des périodes de somnolence/d'agitation ou un phénomène de « langue pâteuse ». Dans ces situations, il peut être nécessaire d'utiliser des méthodes similaires à celles recommandées pour les personnes atteintes de déficiences intellectuelles.
- **Utilisez des exemples concrets et proposez des activités multisensorielles et des jeux de rôle, le cas échéant** : veillez à adapter ces activités au trouble de la jeune personne concernée. Les jeux de rôle sont utiles pour les enfants et les jeunes souffrant de déficiences psychosociales. Il est intéressant de leur faire jouer le rôle d'une autre personne, car ils ont souvent des difficultés à se mettre à la place des autres.

### Documents et programmes d'études fondamentaux

- *Sexuality across the Lifespan for Children and Adolescents with Developmental Disabilities* (Florida Developmental Disabilities Council, 2011)
- *Sexual Health Education for Students with Differing Abilities* (Alberta Health Services, 2017)
- *FLASH Curriculum in Sexual Health Education: Lesson Plans for Special Education* (Public Health Seattle & King County, 2005-13)
- *Personal Safety Planning Awareness Choice Empowerment (SPACE): A Violence Prevention Programme for Women* (The Arc Maryland)
- *Women and Young Persons with Disabilities: Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights* (UNFPA, 2018)
- *Addressing Issues of Sexuality with Participants Who Are Visually Impaired* (Perkins School for the Blind, 2014, vidéo)
- *The Center on Secondary Education for Students with Autism Spectrum Disorders (CSESA)* (site Web)
- *Sexuality and Disability* (site Web)
- *Supporting People with Learning Disabilities to Develop Sexual and Romantic Relationships* (National Development Team for Inclusion, 2016)
- *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based Violence and Realizing Sexual and Reproductive Health and Rights* (UNFPA, 2018)
- *Talking about Sex and Relationships: The Views of Young People with Learning Disabilities* (CHANGE, 2009)
- *It's about Ability: An Explanation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (UNICEF, 2008)
- *Healthy Relationships, Sexuality and Disability: Resource Guide 2014 Edition* (Massachusetts Department of Public Health, 2014)
- *Impact: Feature Issue on Sexuality and People with Intellectual, Developmental and Other Disabilities* (Institute on Community Integration & Research and Training Center on Community Living, University of Minnesota, 2010)

<sup>5</sup> Pour une description de cette méthode, voir <https://www.autismspeaks.org/applied-behavior-analysis-aba-0>

<sup>6</sup> Pour une description de cette méthode, voir <http://best-practice.middletownautism.com/approaches-of-intervention/social-stories/>

<sup>7</sup> Pour une description de cette méthode, voir <https://www.autismspeaks.org/expert-opinion/what-discrete-trial-training>

- *Human Sexuality Education for Students with Special Needs* (MarshMedia, 2007)
- *Teaching Sexuality to Developmentally Disabled Youth: What Do I Say? How Do I Say It?* (Resource Center for Adolescent Pregnancy Prevention, site Web)
- *Resource List for Teaching People with Sensory Disabilities Social Skills and Sexuality Education* (Perkins School for the Blind, 2014)
- *PleasureABLE: Sexual Device Manual for Persons with Disabilities* (Disabilities Health Research Network, 2009)
- *Disability and HIV* (ONUSIDA, 2017)

### 3.3 Jeunes vivant dans un contexte de crise humanitaire

Les crises humanitaires surviennent du fait d'un événement ou d'une série d'événements menaçant le bien-être, la sécurité ou la santé d'un groupe important de personnes. Les crises peuvent être soudaines, cycliques ou à évolution lente. Leurs causes peuvent être naturelles ou humaines et elles sont généralement la conséquence de catastrophes naturelles, de conflits armés, de persécutions et/ou de génocides, d'épidémies, d'événements associés au changement climatique, de famines ou de phénomènes de migration économique provoqués par l'inégalité ou la pauvreté.

Les jeunes vivant dans un contexte humanitaire peuvent être :

- **déplacés à l'intérieur de leur pays** : ils vivent encore dans leur pays, mais ont été contraints d'abandonner leur domicile
- **réfugiés** : ils ont dû quitter leur pays, le plus souvent pour un pays voisin
- **séparés** : sont ici concernés les enfants (c.-à-d. les personnes âgées de moins de 18 ans) séparés de leurs parents ou de leur parent-substitut légal ou coutumier, mais pas nécessairement des autres membres de leur famille. Ils peuvent être accompagnés par d'autres membres adultes de leur famille
- **non accompagnés** : ils sont séparés de leurs parents et des autres membres de leur famille et ne sont pas pris en charge par un adulte responsable de cette mission aux termes de la loi ou de la loi coutumière
- **apatrides** : aucun pays ne les reconnaît comme ressortissant en application de ses lois.

Selon les estimations, plus de la moitié des réfugiés sont âgés de moins de 18 ans (UNHCR, n.d.). En 2017 plus de 173 000 enfants étaient séparés ou non accompagnés (UNHCR, 2017). La majorité des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays vivent en milieu urbain et non dans des camps (USA for UNHCR, 2018). Les situations sont variables : certaines personnes se déplacent (volontairement ou non) alors que d'autres sont contraintes de rester à un endroit spécifique. Ces populations peuvent vivre dans la nature/dans les rues, être hébergées dans des structures d'accueil ou retenues dans des centres de détention.

Pendant une crise humanitaire, le fonctionnement des structures et des institutions ordinaires aidant les jeunes à se développer sainement est perturbé. L'enseignement scolaire est généralement interrompu ou suspendu, les communautés et les structures sociales explosent et les familles sont souvent séparées. Les enfants et les jeunes confrontés à ces situations ont pour perspective une adolescence au cours de laquelle l'accès à l'éducation, aux informations, aux installations et aux services dont ils ont besoin est réduit, dans un contexte où leur protection n'est plus assurée dans la même mesure qu'auparavant. Ceux d'entre eux qui sont séparés de leur famille ou devenus chefs de famille peuvent être contraints d'adopter certains comportements : abandon du cursus scolaire, exploitation par le travail, prostitution ou mariage, afin de subvenir à leurs besoins en termes de nourriture, d'hébergement ou de protection (Kerner et al., 2012). En outre, les périodes d'instabilité surviennent pendant

et après les crises humanitaires augmentent leur exposition à la violence sexuelle, à la maltraitance et à l'exploitation (Kerner et al., 2012).

Tous les aspects évoqués ci-dessus rendent les enfants et les jeunes vivant dans un contexte de crise humanitaire particulièrement vulnérables aux grossesses précoces, aux avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, aux infections sexuellement transmissibles, au VIH, à la stigmatisation sociale, à la détresse ainsi qu'aux traumatismes psychologiques (Kerner et al., 2012). Les enfants et les jeunes devenus réfugiés ou demandeurs d'asile sont souvent confrontés à des différences culturelles concernant la sexualité et les relations humaines dans leur pays d'accueil, surtout lorsqu'ils passent d'un pays conservateur à un pays libéral, dont ils peuvent ne pas comprendre les valeurs, les coutumes, les lois et le langage liés à la sexualité.

### Planification et élaboration des programmes

- **Intégrez le programme d'ECS aux interventions d'urgence** : il est essentiel de veiller à ce que les interventions relatives à la santé sexuelle et reproductive, y compris l'ECS, ne soient pas négligées lors du lancement des opérations de secours d'urgence. Les besoins varient au fur et à mesure des phases d'une intervention humanitaire, qui comprennent : prévention des catastrophes et réduction des risques, réponse minimale, réponse complète, et reconstruction (Women's Refugee Commission et al., 2012).
- **Gardez à l'esprit que les enfants et les jeunes vivant dans un contexte de crise humanitaire sont souvent extrêmement mobiles** : dans la mesure où certains enfants/jeunes sont susceptibles de ne pas rester longtemps à un endroit, des sessions proposées sur une courte période plutôt qu'étalées dans le temps peuvent s'avérer plus à même de leur convenir. Chaque leçon doit contenir un bloc d'informations distinct (c.-à-d. qu'il convient de traiter exhaustivement un sujet plutôt que de l'étudier en plusieurs leçons). Élaborez différents types de sessions adaptées aux divers contextes temporels, allant de sessions uniques et rapides communiquant les informations les plus importantes à des sessions et des programmes exhaustifs.
- **Dans les contextes de crise humanitaire, soyez attentif aux vulnérabilités des jeunes personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres** : celles-ci peuvent être particulièrement vulnérables dans un tel contexte par manque d'accès à des programmes sûrs, inclusifs et réactifs pour répondre à leurs besoins (WRC, 2016).
- **Dans la mesure du possible, intégrez ou reliez l'ECS à d'autres services, notamment ceux liés à la santé sexuelle et reproductive** : une approche holistique, multisectorielle et intégrée peut aborder des compétences essentielles sans rapport avec l'ECS : alphabétisation et apprentissage du calcul, formation professionnelle et compétences permettant d'accéder à l'autosuffisance (Women's Refugee Commission et al., 2012). Il peut être pertinent d'intégrer l'ECS à d'autres programmes éducatifs existants ou prévus, notamment aux activités de prévention de la violence basée sur le genre.
- **Dans la mesure du possible, adaptez les programmes à la communauté locale et/ou à la communauté hôte** : là où les réfugiés ou les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays sont intégrés à la population locale, les programmes doivent également être adaptés et intégrer les deux groupes.
- **Ne partez pas du principe qu'il est impossible d'évoquer la sexualité au sein d'une culture conservatrice** : cet aspect doit impérativement être pris en compte par les

concepteurs de programmes extérieurs à la culture visée. Effectuez des recherches sur ce qui est déjà proposé dans le contexte concerné ou au sein de cultures comparables. Les populations réfugiées entrent souvent en contact avec de nombreux types de personnes différents, ce qui peut les rendre plus réceptifs à des programmes, des expériences, des idées et des messages nouveaux.

## Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Tenez compte du niveau d'alphabétisation des participants et veillez à ce que chacun puisse participer dans la même mesure** : les enfants et les jeunes impliqués dans des situations d'urgence sont souvent obligés (notamment en cas de crise de longue durée) d'interrompre leur scolarité, avec pour conséquence des lacunes académiques importantes. La probabilité qu'ils sachent à peine lire ou soient analphabètes s'en trouve augmentée. Utilisez des méthodes adaptées au niveau d'alphabétisation de l'apprenant.
- **Proposez aux jeunes filles des possibilités d'interaction sociale, de création de réseaux et d'organisation d'activités au sein de leur groupe** : apportez votre contribution à la protection et à l'autonomisation des jeunes filles en leur donnant le temps et l'espace nécessaires pour nouer des amitiés et des relations de soutien mutuel avec d'autres jeunes filles et des adultes de leurs communautés (Women's Refugee Commission et al., 2013 ; IRC, 2017).

## Diffusion du programme

- **Étudiez les différents circuits de communication de l'ECS, en fonction du contexte humanitaire** : il peut s'agir des services gouvernementaux directs, des services proposés par des ONG ou des organismes des Nations Unies au sein de sites fixes, par exemple centres dédiés aux jeunes, espaces sûrs destinés aux femmes et aux jeunes filles, hôpitaux pour jeunes ou autres services de santé ; dans des salles de classe mobiles (les intervenants allant à la rencontre de la population) ; ou à distance, via des ressources technologiques. Les programmes peuvent également entrer en contact avec des groupes de garçons/filles/jeunes afin de leur présenter l'ECS.
- **Appliquez des stratégies de sensibilisation à la fois flexibles et créatives afin d'atteindre les enfants et les jeunes (notamment les jeunes filles) vivant dans des environnements instables ou des régions difficiles d'accès** : augmentez la participation en mettant l'accent sur la flexibilité en termes d'accès au programme et organisez les sessions en tenant compte du niveau de disponibilité global des participants. Les budgets des programmes doivent prévoir une section consacrée aux transports (Women's Refugee Commission et al., 2012).

## Documents et programmes d'études fondamentaux

- *Girl Shine Program Model and Resource Package* (IRC, 2018)
- *My Safety, My Well-being: Equipping Adolescent Girls with Key Knowledge and Skills to Help Them to Mitigate, Prevent and Respond to Gender-Based Violence (GBV)* (IRC, 2016)
- Programme d'apprentissage des compétences essentielles « Boys on the Move » destiné aux adolescents de sexe masculin non accompagnés : *Facilitator Handbook, Participant Book, Brochure* (UNFPA, 2019)
- *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* (UNFPA, 2009)

- *Healthy Relationships, Healthy Communities Curriculum: Incorporating Mental Health, Social Norms and Advocacy Approaches to Reduce Intimate Partner Abuse* (ABAAD Resource Center for Gender Equality, 2018)
- *Safe You and Safe Me* (Save the Children, 2006)
- *Equal You and Equal Me* (Save the Children, 2010)
- *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings eLearning* (cours en ligne)(Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, 2016)

## 3.4 Jeunes issus des populations autochtones

Les peuples autochtones sont les descendants des populations qui vivaient dans une région géographique donnée avant que des cultures ou des groupes ethniques différents ne s'installent sur leur territoire, et antérieurement à la création des états modernes et de leurs frontières.<sup>8</sup> Les estimations évaluent le nombre de personnes issues de populations autochtones à plus de 370 millions, disséminées dans plus de 90 pays. (Banque mondiale, 2019). Les populations autochtones ont conservé des structures sociales, culturelles, économiques et politiques spécifiques et typiques des sociétés précoloniales. Leurs langages, leurs pratiques et leurs croyances les distinguent des cultures dominantes ou majoritaires de leur région géographique (OMS, 2007b). Leur sentiment communautaire et leur lien avec les territoires sur lesquels ils vivent sont en général très puissants. (UNDP, 2019).

Le concept d'auto-détermination applicable aux enfants et aux jeunes issus des populations autochtones ne concerne pas uniquement leurs propres corps et leurs droits sexuels et reproductifs, mais également leur puissant attachement à leur culture, leur communauté, leur histoire et leur territoire. La sexualité des enfants et des jeunes issus de populations autochtones doit impérativement être comprise dans le contexte de leurs pratiques culturelles, de leurs croyances et de leur cosmologie. Les rites initiatiques traditionnels et les cérémonies de passage à l'âge adulte sont par exemple des pratiques permettant aux jeunes personnes issues des populations autochtones de mieux comprendre et vivre leur sexualité, selon des principes culturellement acceptables.

Les populations d'origine coloniale étant devenues dominantes au fil du temps, les populations autochtones sont reléguées au rang de minorité dans de nombreux pays. L'adoption imposée par la force des pratiques religieuses et culturelles majoritaires/importées par les colons, les déplacements forcés (par exemple en raison de la dégradation de l'environnement) et l'intégration coercitive aux systèmes éducatifs officiels sont autant de facteurs ayant généré des traumatismes communautaires intergénérationnels (Reading et Wein, 2013). Les populations autochtones sont aujourd'hui un des groupes de population les plus marginalisés au monde (OMS, 2007b). Elles sont confrontées à des inégalités dans le cadre de la quasi-totalité des indices de développement humain, notamment santé, éducation et revenu. Les enfants et les jeunes issus de populations autochtones sont en grande partie privés d'accès à des soins de qualité, à l'éducation, à la justice et à la participation politique (OMS, 2007b ; Groupe d'appui interorganisations sur les questions autochtones, 2014).

De nombreux enfants et jeunes issus de populations autochtones vivent difficilement le fait de grandir au confluent de deux cultures différentes, ce qui peut influencer sur leur développement et leur bien-être psychologique et sexuel. Outre les obstacles relatifs à la santé sexuelle et reproductive auxquels sont confrontés la plupart des groupes défavorisés, tels qu'une éducation à la sexualité et un accès aux soins insuffisants, des mauvaises conditions sanitaires de base et des normes prônant l'inégalité entre les sexes, les enfants et les jeunes issus de populations autochtones doivent faire face à des difficultés spécifiques, notamment l'absence d'un système de santé adapté à leur culture et

tenant compte des approches traditionnelles en termes de soins préventifs, de pratiques médicales et de médicaments (Groupe d'appui interorganisations sur les questions autochtones, 2014). Des services inappropriés et ne tenant pas compte des exigences de la tradition, des expériences de discrimination et un sentiment de méfiance vis-à-vis du système ont conduit de nombreux enfants et jeunes issus de populations autochtones à différer leur demande de soins ou à y renoncer totalement, notamment dans le domaine de la santé sexuelle (State of Queensland, 2013). Dans certaines régions, les enfants et les jeunes issus de populations autochtones sont exposés de manière disproportionnée aux facteurs de risque associés à la transmission du VIH, notamment la consommation de drogues, les grossesses chez les adolescentes, les comportements sexuels à risque et la mauvaise santé sexuelle (PAHO, 2011).

En l'absence de publications complètes sur les besoins des enfants et jeunes issus des populations autochtones en matière d'ECS, la plupart des recommandations de cette section sont issues d'entretiens avec des représentants communautaires.

## Planification et élaboration des programmes

- **Préparez des interventions spécifiquement adaptées au contexte et à la culture de la population autochtone concernée** : les programmes doivent impérativement tenir compte des conceptions, passées et présentes, relatives à la santé et à la maladie de la communauté autochtone concernée, ainsi que de ses connaissances et pratiques médicales traditionnelles (Nations Unies, 2014). Lorsqu'ils travaillent avec des communautés autochtones, les concepteurs de programmes doivent impérativement garder à l'esprit les effets de la colonisation (historique ou actuelle), de l'oppression, du racisme et de la déculturation, qui ont traumatisé des communautés entières. Ils doivent également analyser le contexte socioéconomique actuel, par exemple les taux élevés de criminalité, de suicide et de violence intracommunautaire/domestique constatés au sein de petites communautés très soudées habitant dans des régions reculées et ne disposant pas d'accès aux services (PAHO, 2011).
- **Adoptez une approche interculturelle** : les programmes doivent élaborer des cadres conceptuels respectueux de la culture autochtone et s'inspirant de celle-ci, afin de créer un lien entre les vies biologiques, spirituelles et émotionnelles des participants dans le cadre de l'approche des différents éléments de la santé sexuelle et reproductive (Reading and Wein, 2013 ; Nations Unies, 2014).
- **Élaborez des programmes holistiques et pertinents pour l'ensemble d'une communauté donnée** : l'ECS doit également cibler les parents et les grands-parents des enfants et des jeunes issus de populations autochtones, afin de leur permettre d'instaurer un dialogue intergénérationnel sur ces sujets (Nations Unies, 2014).
- **Tenez compte du fait que la santé sexuelle et reproductive et les droits des populations autochtones sont intimement liés au respect, à la protection et à l'application des autres droits évoqués dans la Déclaration des droits des populations autochtones des Nations Unies** : cela inclut leur droit à l'auto-détermination, qui a été identifié comme étant le plus important indicateur de santé pour les populations autochtones, et leur droit à un consentement libre, préalable et éclairé (Nations Unies, 2007). Pour cette raison, il est essentiel d'impliquer de manière significative les enfants et les jeunes issus des populations autochtones dans la planification et le

développement des programmes.

- **Affectez des ressources temporelles et budgétaires appropriées** : des ressources humaines et financières importantes sont nécessaires afin de développer des relations et de travailler en collaboration avec des communautés autochtones disparates et souvent isolées géographiquement.
  - **Identifiez tous les besoins des participants et élargissez le programme de façon à répondre à leurs besoins, à leurs intérêts et à leurs aspirations** : cette démarche peut aller au-delà de l'ECS et porter sur la planification et la définition des objectifs, l'éducation et la formation et les opportunités d'emploi, afin de développer leurs atouts dans le domaine social/économique/de la santé. L'ECS doit être reliée à d'autres programmes et démarches susceptibles de profiter aux enfants et aux jeunes issus de populations autochtones (réintégration en milieu scolaire, obtention de diplômes, formation professionnelle, etc.).
  - **Prévoyez des ressources linguistiques adéquates** : dans certains pays, les langages peuvent varier d'une communauté à l'autre. En outre, les langages autochtones peuvent ne pas comporter de termes décrivant certains concepts associés à la sexualité ou utiliser des termes très différents, de sorte qu'un travail préparatoire considérable avec les membres des communautés comprenant tous les langages utilisés dans le programme peut être nécessaire.
  - **Développez des relations avec les communautés** : bien que toutes les personnes issues de populations autochtones ne vivent pas en milieu rural, les concepteurs de programmes arrivant au sein d'une communauté isolée ou repliée sur elle-même doivent prendre du temps afin de nouer des relations avec la communauté et faire preuve d'ouverture d'esprit quant aux pratiques traditionnelles, dans le cadre d'approches axées sur l'interculturalité. Pour chaque sujet, il leur appartient de découvrir et de comprendre les croyances, les connaissances et les pratiques de la communauté visitée, en collaboration avec des membres de cette dernière.
- ## Méthodes d'enseignement et d'apprentissage
- **Utilisez des méthodes d'enseignement et d'apprentissage pertinentes et respectueuses des cultures en présence, dans le cadre d'une ECS adaptée à ces cultures** : la sécurité culturelle va au-delà du concept de sensibilité culturelle. Elle inclut une analyse des déséquilibres des forces, de la discrimination institutionnelle, de la colonisation et des relations avec les colons et les cultures hégémoniques ainsi que de leur impact sur les services de santé et l'éducation sanitaire. Elle est également essentielle afin d'identifier les intersections entre les santés physique, spirituelle, mentale et émotionnelle des enfants et des jeunes issus de populations autochtones. Parmi les pratiques d'éducation à la sexualité culturellement sûres, citons par exemple les rites de passage comportant une éducation par des pairs et un mentorat relatifs à la sexualité et aux relations, ou encore des enseignements culturels axés sur l'autonomisation, factuels et exempts de toute forme de stigmatisation ou de jugement (Nations Unies, 2014).
  - **Adoptez des approches tenant compte des traumatismes subis** : la plupart des populations autochtones ont subi des humiliations culturelles et vécu des traumatismes communautaires intergénérationnels et la violence (collective, institutionnalisée, interpersonnelle ou auto-infligée) est un grave problème pour les enfants et les jeunes issus des populations autochtones (UNDESA,

<sup>8</sup> En accord avec les principes régissant les droits humains, est considérée comme « issue des populations autochtones » toute personne s'identifiant comme telle à titre personnel et reconnue comme membre par une communauté autochtone.

2015 ; UNDESA, 2017b ; PAHO, 2018). Pour obtenir des informations sur les approches tenant compte des traumatismes subis, voir la page 14.

- **Intégrez l'art et les pratiques artistiques autochtones à votre programme** : dans de nombreuses cultures autochtones, l'art peut être un vecteur de communication de l'identité communautaire et un canal de communication. Il peut donc être pertinent d'inclure des activités artistiques à l'ECS.
- **Soyez attentif à la relation et au lien profond existant entre les populations autochtones et leur terre** : lorsque cela est réalisable, les sessions d'ECS peuvent se dérouler en extérieur. Ces approches doivent soutenir le point de vue, les valeurs et les pratiques des populations autochtones, et reconnaître que l'apprentissage passe par l'observation et l'entretien de la relation entre les personnes et la terre. Dans le cadre de l'ECS, cette approche peut consister en une intégration des traitements, des soins et des médicaments traditionnels des populations autochtones.
- **Adoptez une approche axée sur la réduction des préjudices concernant les pratiques dangereuses/d'auto-mutilation** : il est important de travailler selon ce principe avec les enfants et les jeunes issus de populations autochtones, puis de les aider à évoluer vers un nouveau spectre de stratégies susceptibles de leur faire gagner en sécurité. Les interventions axées sur la réduction des préjudices doivent impérativement être conçues en fonction des besoins individuels et communautaires spécifiques.
- **Tenez compte du niveau d'alphabétisation des participants** : si celui-ci est faible, maintenez l'utilisation de supports imprimés au strict minimum. Soyez en outre conscient que certains langages n'ont pas de forme écrite.

### Diffusion du programme

- **Désignez des intervenants informés des cultures autochtones** : les enfants et les jeunes issus de populations autochtones et leurs communautés préfèrent les approches intégrant des pairs et des membres de la communauté, car elles tiennent compte de l'importance de l'autodétermination et sont adaptées à leur culture (UNFPA, 2015a). Les autres approches peuvent être perçues comme imposant des visions du monde et des attitudes relatives à la sexualité issue du monde extérieur et visant à déséquilibrer le rapport de forces en faveur des populations n'appartenant pas à la communauté autochtone. Il se peut aussi que les jeunes issus des populations autochtones préfèrent demander des informations à leurs aînés, qui jouent un rôle particulièrement important dans leur culture. Les intervenants des programmes doivent également fournir aux membres des communautés une formation leur permettant d'enseigner à leur tour, ou former les jeunes à l'organisation d'ateliers éducatifs pour qu'ils puissent contribuer de cette manière.

### Lignes directrices et autres documents fondamentaux

- *Routine Practices at Indigenous Healing Ceremonies* (Spruce Woods Sundance Family, 2017)
- *Promoting Equality, Recognizing Diversity: Case Stories in Intercultural Sexual and Reproductive Health among Indigenous Peoples in Latin America* (UNFPA, 2010)
- *Safe and Caring Schools for Two Spirit Youth: A Guide for Teachers and Students* (Society for Safe and Caring Schools & Communities, 2011)
- *A Community of Practice Approach for Aboriginal Girls' Sexual Health Education* (Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2006)

- *HIV/STD Prevention Guidelines for Native American Communities: American Indians, Alaska Natives, & Native Hawaiians* (National Native American AIDS Prevention Center, 2004)
- *Indigenizing Harm Reduction* (Native Youth Sexual Health Network, n.d.)
- *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples* (Nations Unies, 2007)

### 3.5 Jeunes lesbiennes/homosexuels/bisexuels et autres jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

La présente section des Principes directeurs traite des enfants et des jeunes homosexuels (lesbiennes/gays) et bisexuels. Les enfants et jeunes transgenres et intersexués sont évoqués séparément dans une autre section. Ce choix reconnaît que l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les caractéristiques physiques liées au sexe sont des aspects distincts de l'identité d'une personne et que chaque groupe a des besoins spécifiques.

Pour cette raison, les présents Principes directeurs utilisent le signe « LGBQ+ » plutôt que le plus usuel « LGBTQ+ ». Le terme « LGBQ+ » fait uniquement référence aux orientations sexuelles (non hétérosexuelles). Bien que le « Q » (pour « queer ») fasse partie du sigle, les présents Principes directeurs évitent d'y faire référence en dehors du sigle, car il n'est pas utilisé couramment dans tous les pays.

Dans certains contextes, les personnes intersexuées ne souhaitent pas être considérées comme faisant partie de la communauté LGBQ+, car cela pourrait être dangereux pour elles. Les enfants et les jeunes présentant des caractéristiques associées à l'intersexuation peuvent s'identifier à diverses orientations sexuelles et identités de genre, et les recommandations spécifiques des sections ci-dessous s'appliquent à eux. Ces communautés sont cependant souvent associées à la terminologie LGBQ+ et s'associent à cette communauté pour la défense de leurs droits, car elles sont toutes susceptibles de subir les mêmes formes d'oppression sociale, de stigmatisation et de discrimination. Bien que leurs besoins en termes d'éducation à la sexualité soient différents, ces groupes peuvent tirer avantage d'un travail en commun qui leur permet de mieux se connaître et se comprendre.

L'orientation sexuelle désigne le genre des personnes vers lesquelles une personne donnée est sentimentalement ou sexuellement attirée :

- Les **personnes hétérosexuelles** sont uniquement/principalement attirées par des personnes dont le sexe ou le genre est différent du leur.
- Les personnes **homosexuelles (gays et lesbiennes)** sont uniquement/principalement attirées par des personnes dont le sexe ou le genre est le même que le leur.
- Les **personnes bisexuelles** sont attirées par des personnes du même sexe/genre et par des personnes de sexe/genre différent.
- Les **personnes pansexuelles** sont attirées par toutes les identités de genre (homme, femme, transgenre, etc.).
- Les **personnes asexuelles** n'éprouvent aucune attirance sexuelle pour les autres personnes et ont un intérêt réduit, voire inexistant pour les pratiques sexuelles.

L'orientation sexuelle doit être vue comme un continuum. L'orientation d'une personne n'est pas nécessairement immuable et peut varier au cours de sa vie. Certaines personnes choisissent de ne pas s'identifier à quelque catégorie que ce soit. L'orientation sexuelle (les sentiments d'attraction) d'une personne sont différents de son identité sexuelle (la manière dont la personne se définit) et de son comportement sexuel (ses pratiques réelles). L'expression « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » (HSH) est par exemple utilisée pour décrire tous les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, indépendamment du fait qu'ils aient également des relations sexuelles avec des femmes ou qu'ils s'identifient comme gays, bisexuels ou hétérosexuels. Les situations et les environnements sociaux (p. ex. les foyers, les centres de détention et les maisons de correction) peuvent également influencer le choix d'un partenaire sexuel. Pour cette raison et d'autres (notamment la peur associée à la divulgation de son orientation), le nombre d'enfants et de jeunes LGBQ+ dans le monde n'est pas connu. Les estimations varient de façon significative et font l'objet de débats.

Bien que certains enfants LGBQ+ prennent conscience de leur orientation sexuelle à un stade précoce, nombreux sont ceux qui la découvrent à l'adolescence, dans le cadre de leurs premières expériences sentimentales et sexuelles. Au sein

des cultures stigmatisant ou condamnant les attirances homosexuelles, ce constat a souvent pour effet un mélange de confusion, de honte, de peur, d'auto-stigmatisation ou de haine de soi, notamment lorsque la personne concernée n'a pas la possibilité d'obtenir du soutien ou de l'aide.

Les droits des personnes LGBQ+ à la dignité, l'égalité et la non-discrimination, la sécurité, la santé, l'éducation et l'emploi sont souvent bafoués, ainsi que leurs droits à une vie libre et exempte de torture, de traitements cruels, inhumains ou dégradants et de détentions arbitraires. Les lois favorisant la discrimination à l'encontre des personnes LGBQ+ sont courantes : interdiction des relations homosexuelles, du mariage entre personnes du même sexe et du droit de création d'organisation LGBQ+. Les personnes LGBQ+ vivant au sein de sociétés ou de cultures dont les traditions et les pratiques religieuses les condamnent sont victimes de stigmatisation et de discrimination, de graves violations de leurs droits et souvent d'actes de violence pouvant aller jusqu'au viol ou au meurtre.

Étant donné le climat d'hostilité auquel ils sont confrontés, les personnes LGBQ+, notamment les enfants et les jeunes, peuvent estimer qu'il est préférable de ne pas divulguer leur identité. Dans certaines cultures, les jeunes LGBQ+ choisissent fréquemment d'entretenir des relations avec des personnes du sexe opposé afin d'éviter la stigmatisation/discrimination et des actes de violence de leur famille ou communauté, ou pour avoir des enfants. Leur famille peut également les forcer à se marier. Si leur orientation sexuelle ou leurs comportements sont divulgués, ils peuvent être rejetés par leur famille, leur communauté et leur communauté religieuse. Ils peuvent être chassés du domicile familial par leur famille, manquer/quitter définitivement l'école en raison du harcèlement des autres élèves ou des professeurs, ou perdre leur emploi.

La criminalisation des comportements homosexuels et la discrimination exercée par les prestataires de services de santé sont autant d'obstacles susceptibles d'empêcher les jeunes personnes LGBQ+ d'accéder aux services de santé, compromettant ainsi leur santé personnelle. Le taux de prévalence du VIH est beaucoup plus élevé chez les jeunes HSH qu'au sein de la population générale (UNFPA et al., 2015 ; Keifer et Arshad, 2016). Des études ont montré que

dans certains pays, les jeunes femmes LBQ+ présentent un taux de grossesse plus élevé que les jeunes femmes hétérosexuelles de la même tranche d'âge (Lindley et Walsemann, 2015 ; Hodson et al., 2017). L'isolement, le rejet et la violence permanente qui sont le lot des enfants et des jeunes LBQ+ expliquent le taux de tentatives de suicide et de suicide beaucoup plus élevé que pour les autres jeunes. (Haas et al., 2011).

## Planification et élaboration des programmes

- **Consultez les groupes LBQ+ locaux ou nationaux (lorsque ceux-ci existent) afin d'adapter le programme et d'identifier les méthodes les plus à même d'atteindre et de motiver les enfants et les jeunes LBQ+ :** chaque pays compte en son sein un noyau d'activistes déterminés.<sup>9</sup> Concernant l'ECS centrée sur les gays et les autres jeunes HSH, les réseaux de prévention de la propagation du VIH peuvent être contactés.
- **Proposez l'ECS aux personnes appartenant à l'ensemble du spectre d'identités LBQ+ :** elle ne doit pas être réservée aux personnes considérées comme les plus exposées au VIH, c'est-à-dire les gays, les hommes bisexuels et les autres HSH.
- **Tenez compte du statut juridique des personnes LBQ+ :** certains pays criminalisent les comportements homosexuels. Les décisions concernant les contenus du programme d'études, l'âge des participants, le lieu des sessions et le mode de présentation de l'ECS doivent tenir compte de la situation locale et la planification des programmes doit avoir pour priorité absolue la sécurité des intervenants et des participants.
- **Veillez à comprendre la culture, les valeurs et les systèmes de croyance du groupe auquel le programme sera destiné, et faites en sorte de vous y adapter :** identifiez ou adaptez des stratégies correspondant aux cultures sexuelles des jeunes LBQ+ plutôt que d'essayer d'imposer à ces derniers des mesures de santé publique allant à l'encontre de celles-ci.
- **Planifiez vos programmes en tenant compte du fait que les enfants et les jeunes LBQ+ et les jeunes HSH ne constituent pas des groupes homogènes :** les différentes identités composant la population de jeunes LBQ+ peuvent avoir des besoins et des intérêts communs, mais également divergents, auquel cas leurs membres souhaiteront des programmes adaptés à ces besoins et intérêts spécifiques. Plus particulièrement, en raison des effets de l'inégalité des sexes, les concepteurs de programmes doivent consulter les jeunes lesbiennes et les jeunes femmes bisexuelles afin de définir si elles souhaitent un programme distinct de celui abordant les besoins des hommes gays. Si des programmes distincts sont élaborés, ils doivent être ouverts aux personnes se définissant comme non binaires/variantes, qui devront pouvoir choisir celui qui leur convient. Il existe en outre au sein de chacun de ces groupes différentes identités, susceptibles de varier selon les pays. Les programmes doivent identifier les différentes identités internes aux groupes et aborder leurs divers besoins.
- **Envisagez l'organisation de sessions communes afin de renforcer le sentiment d'acquisition de pouvoir :** les enfants et les jeunes LBQ+ étant confrontés à des expériences similaires en termes d'exclusion, de stigmatisation et de discrimination, l'organisation de sessions communes peut générer un sentiment communautaire et favoriser des actions communes de défense de leurs droits.

- **Effectuez un suivi des services d'orientation afin de vous assurer qu'ils traitent avec respect les enfants et les jeunes LBQ+ :** dans la mesure du possible, il est particulièrement important d'établir des connexions entre l'ECS et des programmes ou des professionnels de la santé/santé mentale favorablement disposés à leur égard. Si aucun service d'orientation approprié n'est disponible, les concepteurs de programmes doivent s'impliquer dans des activités de mobilisation afin d'amener les pouvoirs publics à fournir des services et de sensibiliser les prestataires de services.
- **Envisagez l'organisation de campagnes de sensibilisation en ligne :** lorsque les personnes visées par le programme ont accès à Internet, les campagnes de sensibilisation en ligne peuvent compléter efficacement la sensibilisation par les pairs, car ces derniers ne peuvent atteindre qu'un nombre limité de personnes, généralement celles appartenant à leur propre réseau (UNFPA et al., 2015). Cette approche est particulièrement pertinente pour les jeunes HSH qui, dans un nombre croissant de pays, recherchent leurs partenaires en ligne (UNFPA et al., 2015).

## Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Adoptez une approche tenant compte des traumatismes subis :** Si le fait d'appartenir à la communauté LBQ+ a pour conséquence un traumatisme dans le pays où le programme est mis en œuvre, il convient d'utiliser une approche tenant compte des traumatismes subis (voir la page 14).
- **Donnez aux participants le plus grand nombre d'opportunités d'expression possible :** une approche axée sur les débats permettant aux participants d'évoquer leur expérience en tant que personne LBQ+ avec d'autres personnes vivant cette expérience est idéale afin de dissiper le sentiment d'isolement ressenti par un grand nombre d'entre eux.
- **Soyez factuel et clair :** Les programmes doivent réfuter les mythes et les informations incorrectes concernant les personnes LBQ+.

## Diffusion du programme

- **Recrutez une équipe d'intervenants aux identités diverses :** si l'intervenant principal n'est pas membre de la communauté LBQ+, il est fortement recommandé de lui adjoindre un assistant en faisant partie. Faites en sorte que de nombreuses personnes LBQ+ appartenant aux différentes identités représentées puissent partager leurs histoires.
- **Si vous utilisez des ressources technologiques, prenez les précautions nécessaires à la protection des participants :** les plateformes doivent être suffisamment confidentielles et ne pas permettre l'identification des participants. Les concepteurs de programmes doivent discuter avec les participants des circuits de contact les plus sûrs, de la fréquence des notifications et des options de confidentialité mises à leur disposition. Assurez-vous que les participants puissent toujours activer ou désactiver les options d'identification et les notifications. Ils peuvent ne pas souhaiter s'inscrire avec leur adresse électronique personnelle.
- **Faites preuve de prudence quant à l'utilisation de supports matériels traitant de sujets relatifs à la communauté LBQ+ :** il peut être dangereux pour les participants de conserver ces supports en dehors de l'environnement pédagogique auxquels ils sont rattachés.

<sup>9</sup> Pour obtenir une liste d'organisations, veuillez consulter Wikipedia ([https://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_LGBT\\_rights\\_organizations](https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_LGBT_rights_organizations)) ou contacter OutRight International (<https://www.outrightinternational.org/about-us>) ou l'Association internationale des lesbiennes, des gays, des bisexuels, transgenres et intersexuels (ILGA) (<https://ilga.org/about-us/contacts>).

## Documents et programmes d'études fondamentaux

- *Being Out, Staying Safe: An STD Prevention Curriculum for Lesbian, Gay, Bisexual and Queer Teens* (New Jersey Department of Health and Senior Services, n.d.)
- *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical Guidance for Collaborative Interventions* (UNPFA, 2015)
- *HIV and Young Men who Have Sex with Men: Technical Brief* (OMS, 2015)
- *Faith Leaders and the LGBT Community Toolkit: Promoting Safe and Welcoming Faith Organizations for All God's Children* (Sonke Gender Justice Network, 2017)
- *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth in the Global South: The Facts* (Advocates for Youth, 2016)
- *Out With it: HIV and Other Sexual Health Considerations for Young Men Who Have Sex with Men* (MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights, 2018)
- *Compassion-centred Islam network* (site Web)

### 3.6 Jeunes personnes transgenres

La compréhension par une personne de son identité de genre se développe au fil du temps, en fonction des interrelations entre les trois éléments suivants :

- **leur corps physique**, qui est la base selon laquelle les sociétés attribuent quasi systématiquement le sexe (et par extension le genre) à la naissance, qui déterminera ultérieurement la manière dont les autres interagiront avec eux ;
- **leur identité de genre**, qui est un sentiment intime profondément ressenti les faisant se définir comme homme, femme, un mélange des deux ou aucun des deux, en adéquation ou non avec le sexe qui leur a été attribué à la naissance ;
- **leur expression de genre**, qui est la manière dont ils présentent leur genre aux autres personnes par le biais de caractéristiques externes telles qu'apparence, vêtements, présentation personnelle, style, maniérismes, façon de parler, centre d'intérêt et comportements, qui peuvent être socialement définies comme masculines, féminines ou neutres.

La façon dont une personne vit l'attribution d'un sexe est liée à la mesure dans laquelle ces trois aspects coïncident.

- L'identité et/ou l'expression de genre d'une personne **transgenre** diffère de son sexe assigné ou déclaré. En conséquence, il est probable qu'elle remette en question son sexe déclaré ou son identité de genre, et il peut arriver qu'elle souhaite changer de sexe.
- L'identité de genre d'une personne **cisgenre** correspond au sexe qui lui a été attribué. Elle sera donc moins prédisposée à la remettre en question.
- Une personne dont l'identité de genre est **non binaire** ne s'identifie pas comme étant strictement de sexe masculin ou féminin.
- Les personnes **agenres** ne s'identifient pas à un genre.
- Les personnes **variantes** ne se conforment pas aux conventions sociétales concernant l'identité et l'expression de genre du sexe qui leur a été attribué.

Dans le cadre des présents Principes directeurs, « transgenre » est (sauf indication contraire) utilisé comme terme générique désignant toute personne non cisgenre, c'est-à-dire dont l'identité et/ou l'expression de genre ne correspondent pas à ce qui est en règle générale associé au sexe qui leur a été attribué à la naissance.

Aucune estimation précise de la population transgenre mondiale n'existe. En conséquence, le nombre de jeunes personnes transgenres est lui aussi inconnu.

Les enfants et les jeunes transgenres n'ont souvent qu'un accès limité aux informations, aux messages et aux modèles de comportement dont ils ont besoin pour comprendre et affirmer leur identité. Leurs parents, leurs enseignants, les prestataires de soins de santé et les membres de leur communauté manquent souvent d'informations et de connaissances sur ce qu'ils vivent, notamment pendant la puberté. Les adolescents transgenres recevant des soins de santé aidant à l'affirmation de leur genre peuvent améliorer leurs conditions de vie (De Vries et al., 2014), mais ceux vivant dans des pays à revenu intermédiaire/faible revenu n'auront que très rarement accès à des prestataires de services de santé possédant les compétences nécessaires ou à des interventions biomédicales (traitement d'inhibition hormonale/thérapie hormonale). L'âge légal du consentement en matière de soins médicaux est souvent un obstacle supplémentaire pour ceux n'ayant pas révélé leur statut de personne transgenre à leurs parents, mais souhaitant accéder à des traitements hormonaux/chirurgicaux. Ils ne peuvent en effet pas solliciter de soins de santé sans le consentement de leurs parents avant d'être légalement majeurs, c'est-à-dire à 18 ans dans la plupart des pays.

Les jeunes personnes transgenres manquant de confiance en elles et se sentant rejetées abandonnent souvent leur scolarité, fuguent ou se font chasser de chez elles. Elles peuvent également être ultérieurement confrontées à des pratiques discriminatoires sur leur lieu de travail, ce qui peut avoir pour conséquence sous-emploi, chômage et pauvreté. Beaucoup d'entre elles peuvent être exposées à des actes de violence ou impliquées dans des situations potentiellement dangereuses pour leur santé : prostitution sans avoir la possibilité de négocier l'utilisation d'un préservatif (Operario et al., 2016), utilisation d'hormones obtenues par le biais de circuits douteux (p. ex. achetées à la sauvette), partage d'aiguilles non stérilisées et/ou consommation de drogues (UNDP et al., 2016).

Indépendamment de leur situation socioéconomique, les jeunes personnes transgenres peuvent être confrontées à des conséquences préjudiciables pour leur santé et leur bien-être, dues à une combinaison de marginalisation sociale et économique systémique, de stigmatisation et de discrimination, de violence et d'accès limité à des soins de santé aidant à l'affirmation de leur genre (Nations Unies, 2011 ; Reisner et al., 2016). Pour ces raisons, les taux de prévalence de la dépression, de l'anxiété, des traumatismes, des tentatives de suicide, des automutilations volontaires, du VIH et des infections sexuellement transmissibles sont plus élevés que pour la population générale. Il en va de même pour la consommation de drogues et les actes de violence (Clements-Nolle et al., 2001 ; Health Policy Project et al., 2015 ; Reisner et al., 2016 ; Winter et al., 2016).

En l'absence de publications complètes sur les besoins des enfants et jeunes transgenres en matière d'ECS, la plupart des recommandations de cette section sont issues d'entretiens avec des associations et des représentants pour les personnes transgenres.

### Planification et élaboration des programmes

- **Consultez les groupes locaux et nationaux de personnes transgenres, notamment ceux dédiés aux enfants et aux jeunes** : lorsque des groupes de ce type existent, ils peuvent apporter une contribution précieuse à l'élaboration des programmes et identifier les méthodes les plus à même d'atteindre et de motiver les jeunes transgenres.<sup>10</sup>

- **Sachez trouver un équilibre entre le niveau de publicité nécessaire et les exigences de sécurité et de confidentialité indispensables à la protection du personnel enseignant et des participants aux programmes** : plutôt que d'annoncer publiquement le lieu et l'heure des sessions, il peut être plus sûr de fournir des informations de contact associées au programme, ce qui permet de filtrer les participants potentiels.
- **Veillez à bien comprendre les différentes identités de genre et les besoins des jeunes personnes transgenres visées par le programme** : les hommes et les femmes transgenres ont souvent des vies et des besoins très différents, de sorte qu'il est possible que certains programmes ou sections de programmes s'adressent séparément à ces deux groupes.
- **Assurez-vous de la clarté du langage utilisé dans le cadre du programme** : le langage doit être inclusif et n'omettre aucun groupe de participants. Les concepteurs de programmes doivent donc apprendre et appliquer la terminologie utilisée par une communauté ou ses membres.
- **Effectuez un suivi des services d'orientation afin de vous assurer qu'ils traitent avec respect les enfants et les jeunes transgenres** : dans la mesure du possible, il est particulièrement important de relier l'ECS à l'ensemble des services nécessaires, de proposer des programmes conviviaux et de mettre les jeunes transgenres en contact avec des professionnels de la santé/santé mentale favorablement disposés à leur égard. Si aucun service d'orientation approprié n'est disponible, les concepteurs de programmes doivent s'impliquer dans des activités de mobilisation afin d'amener les pouvoirs publics à fournir des services et de sensibiliser les prestataires de services.
- **Veillez à concevoir un système sécurisé garantissant une stricte confidentialité** : protégez toutes les informations personnelles relatives aux participants des personnes, groupes et organisations hostiles aux personnes transgenres.
- **Si vous adaptez un programme d'études existant, soyez exhaustif et circonspect** : ce processus va au-delà d'un renforcement de l'inclusivité du langage employé ou de la neutralisation du genre des noms.
- **Utilisez les ressources technologiques et les réseaux sociaux lorsque cela est possible et approprié** : certaines jeunes personnes transgenres utilisent déjà des ressources technologiques et des sites Web tels que YouTube pour en apprendre plus sur le statut de personne transgenre, les possibilités de transition, etc. Les ressources technologiques et les médias sociaux peuvent en conséquence être un moyen efficace d'atteindre les populations visées, ainsi qu'un précieux outil d'enseignement dans le cadre du programme lui-même.
- **Dans la mesure du possible, sensibilisez les parents à la problématique de l'identité de genre** : évoquez avec eux le soutien dont leurs enfants ont besoin afin d'avoir une image positive d'eux-mêmes, de développer leur estime de soi et d'éviter des situations dangereuses pour leur santé.

## Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Adoptez une approche tenant compte des traumatismes subis** : de nombreuses jeunes personnes transgenres sont traumatisées par des expériences de stigmatisation/discrimination et des actes de violence subis de manière répétitive. (Pour obtenir des informations complémentaires, voir la page 14.)
- **Lorsque vous évoquez l'anatomie sexuelle et reproductive, légendez les schémas de manière inclusive** : les schémas ne doivent pas être légendés comme étant

des représentations masculines ou féminines et les parties du corps ne doivent pas être genrées. L'enseignement de l'anatomie peut adopter une approche consistant à demander aux participants quels mots ils utilisent pour chaque partie, ce qui permet d'utiliser une gamme de désignations.

- **Donnez aux participants le plus grand nombre d'opportunités d'expression possible** : une approche axée sur les débats permettant aux participants d'évoquer leur expérience en tant que personne transgenre avec d'autres personnes vivant cette expérience est idéale afin de dissiper le sentiment d'isolement ressenti par un grand nombre d'entre eux.
- **Apportez un soutien en matière de santé mentale** : dans la mesure du possible, les programmes doivent avoir recours à des conseillers en santé mentale favorablement disposés à la cause des personnes transgenres pendant et après les sessions et orienter les participants vers des professionnels de la santé mentale affichant les mêmes dispositions d'esprit. Si cela s'avère impossible, les intervenants doivent être vigilants quant à ces problèmes et proposer leur soutien à toute personne semblant affectée par des réminiscences traumatisantes.
- **Réfutez les mythes et les informations incorrectes** : attaquez de front les idées reçues et les informations incorrectes concernant les personnes transgenres culturellement ancrées au sein de la communauté où le programme est proposé.

## Diffusion du programme

- **Dans la mesure du possible, recrutez des intervenants membres de la communauté transgenre** : dans l'idéal, au moins un intervenant doit s'identifier au groupe pris en charge. Si l'intervenant principal n'est pas une personne transgenre, ou si le programme traite plus d'une identité, il est pertinent de lui associer une personne transgenre. S'il est possible d'avoir deux intervenants, il est intéressant qu'ils aient deux identités de genre différentes. La présence d'une personne cisgenre peut être un atout considérable pour un intervenant, à la condition qu'elle soit dûment formée et maîtrise les sujets abordés.
- **Utilisez les pronoms de genre privilégiés par les participants** : les intervenants doivent se présenter avec leurs noms et leurs pronoms de genre préférés (p. ex « il », « elle », « iel »), puis demander aux participants de se présenter à leur tour. Les participants ont ainsi l'opportunité de faire connaître le pronom qu'ils ont choisi. Nul ne doit être obligé à révéler ses préférences pronominales/divulguer des informations personnelles.
- **Essayez de compléter l'éducation individuelle par des interventions au niveau des communautés** : celles-ci ont vocation à éduquer la communauté dans son ensemble et à combattre la stigmatisation, la discrimination et la violence auxquelles les personnes transgenres sont confrontées. Elles peuvent en outre susciter un intérêt et une forme d'adhésion au sein de la communauté et permettre aux jeunes personnes transgenres de rejoindre le programme.

## Documents et programmes d'études fondamentaux

- *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical Guidance for Collaborative Interventions* (UNDP, 2016)
- *HIV and Young Transgender People: Technical Brief* (OMS, 2015)

<sup>10</sup> Pour obtenir une liste d'organisations, veuillez consulter : [https://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_transgender\\_rights\\_organizations](https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_transgender_rights_organizations), [https://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_LGBT\\_rights\\_organizations](https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_LGBT_rights_organizations).

- *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Trans Communities in Asia and the Pacific* (Futures Group, Health Policy Project, 2015)
- *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Their Communities in the Caribbean and Other Anglophone Countries* (John Snow, Inc, 2014)
- *A Guide to Supporting Trans Children and Young People* (Action for Children, 2016)
- *Transgender Health* (Lancet, 2016)
- *The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity* (2007) et *Yogyakarta Principles plus 10* (2017)
- *APTN Fact Sheets: Being Trans in Asia and the Pacific* (Asia Pacific Trans Network, 2016)
- *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th Version* (World Professional Association for Transgender Health, 2012)
- *Dr. Rad's Queer Health Show – Self Exams and Checkups* (RAD Remedy, n.d.)
- *Mermaids* (site Web)
- *Gender Spectrum* (site Web)
- *Transcending Anatomy #1: A Guide to Bodies and Sexuality for Partners of Trans People* (Anarchist Zine Library, n.d.)

### 3.7 Jeunes personnes intersexuées

Les personnes intersexuées possèdent des caractéristiques relatives à leur sexe biologique ne correspondant pas aux définitions binaires courantes applicables au corps des hommes et des femmes. Les différences peuvent concerner leur configuration chromosomique, leurs gonades (généralement les testicules ou les ovaires) et/ou leurs organes sexuels et reproductifs. Elles sont dues à des variations du processus de développement sexuel prénatal. Il ne s'agit pas de pathologies ni de maladies, mais simplement de variations naturelles survenant dans le corps humain. L'intersexuation ne concerne que les caractéristiques sexuelles biologiques. Elle n'a aucun rapport avec l'identité de genre ou l'orientation sexuelle d'une personne. Ainsi, une personne intersexuée peut-elle s'identifier comme de genre masculin/féminin/aucun/les deux et son orientation sexuelle peut être hétéro/gay/ lesbienne/bisexuel(le)/asexuel(le)/autre.

Les variations associées à l'intersexuation sont plus courantes que généralement supposé, car les personnes intersexuées et leurs caractéristiques et besoins uniques ne sont souvent pas reconnus par les autres groupes de population. Une étude de la littérature médicale consacrée à la fréquence d'apparition des caractéristiques liées à l'intersexuation sur la période 1955-2000 a conclu qu'environ 1,7 % des naissances vivantes étaient concernées (Blackless et al. 2000). Il convient cependant de constater que les résultats dépendent du choix des caractéristiques considérées comme liées à l'intersexuation.

Bien que la plupart des variations liées à l'intersexuation ne génèrent aucun problème de santé potentiellement mortel, il existe une longue tradition d'interventionnisme médical en la matière. Ces procédures, souvent irréversibles, peuvent être motivées par la considération controversée qu'une « correction » effectuée suffisamment tôt permettra à l'enfant de se développer comme une personne de sexe masculin ou féminin « normale ». Il est souvent recommandé aux parents de ne pas révéler à leurs enfants qu'ils sont intersexués et de leur cacher les raisons de la nécessité d'une intervention chirurgicale. Cette approche peut provoquer chez les enfants concernés un sentiment de confusion, d'isolement et de honte. Lorsque de telles procédures sont inutiles d'un point de vue médical, elles violent les droits humains des nourrissons et des enfants intersexués, ces derniers ne pouvant pas donner leur consentement libre et

éclairé. Les organes de défense des droits humains indiquent que le consentement absolu, libre et éclairé de la personne intersexuée concernée est une condition préalable à toute procédure invasive et irréversible (OMS, 2014). De plus, ces procédures doivent être, si possible, reportées jusqu'à ce qu'un enfant soit suffisamment mature pour contribuer au processus de décision et pour faire un choix éclairé (Direction générale de la justice et des consommateurs de la Commission européenne, 2012 ; Deutscher Ethikrat, 2012).

Les enfants peuvent apprendre qu'ils sont intersexués vers le début de l'adolescence si leur puberté ne se déroule pas comme prévu (p. ex. début des règles, apparition des poils, développement des seins ou de la masse musculaire). Un enfant ou une jeune personne découvrant son intersexuation peut être amené(e) à réfléchir à son genre ou à se poser des questions sur celui-ci selon de nouvelles lignes de réflexion. Les personnes réalisant que leur sexe qui leur a été attribué « sur le papier » ou par le biais d'interventions chirurgicales ne leur convient pas peuvent choisir d'effectuer une transition vers un autre genre.

La biologie d'une personne intersexuée, ainsi que toutes les procédures qu'elle a subies au cours de sa vie peuvent affecter ou non sa vie sexuelle. Certaines différences physiques peuvent rendre les rapports sexuels vaginaux difficiles sans dilatation, voire impossibles. La chirurgie génitale peut affecter sa réponse sexuelle ou réveiller des souvenirs traumatiques associés aux interventions chirurgicales pendant les rapports sexuels. Il est important et thérapeutiquement profitable pour elle de découvrir qu'elle n'est pas la seule personne présentant cette caractéristique liée à l'intersexuation, et d'entrer en contact avec des groupes de soutien et d'autres personnes intersexuées.

En l'absence de publications complètes sur les besoins des enfants et jeunes intersexués en matière d'ECS, les recommandations de cette section sont issues d'entretiens avec des associations et des représentants pour les personnes intersexuées.

### Planification et élaboration des programmes

- **Impliquez la communauté intersexe locale ou régionale dans l'élaboration et la diffusion du programme** : si cela n'est pas possible, il est essentiel qu'une ou plusieurs personnes intersexuées soient intégrées au processus d'élaboration.<sup>11</sup>
- **Définissez une terminologie appropriée** : certaines langues ne possèdent pas de mots pour désigner l'intersexuation ou peuvent utiliser le même terme pour « intersexué » et « transgenre ». Les concepteurs de programmes doivent identifier les termes privilégiés au sein d'une communauté donnée.
- **Veillez à bien comprendre comment les variations liées à l'intersexuation sont perçues par les cultures au sein desquelles le programme sera proposé** : dans certaines cultures, les personnes intersexuées sont perçues comme étant spéciales/membres d'un troisième sexe ou considérées comme des déités multisexuées, alors que d'autres cultures peuvent les stigmatiser. Dans certains pays, la communauté intersexe peut, pour diverses raisons, choisir de se distinguer des communautés et des personnes LGBTQ+.
- **Soyez préparé au niveau de diversité des jeunes présentant des caractéristiques liées à l'intersexuation** : indépendamment de la variété des caractéristiques liées à l'intersexuation, les enfants et les jeunes posséderont des niveaux de connaissance, d'acceptation et de compréhension de leur variation différant d'une personne à l'autre. La gamme d'expériences associée à leur intersexuation peut également être variable. Certaines personnes peuvent avoir subi de nombreuses interventions chirurgicales, alors que d'autres n'en ont subi aucune.

- **Réfléchissez à la méthodologie d'identification et de prise de contact avec les participants potentiels** : dans le cadre de campagnes de presse/sensibilisation, proposez des informations de contact (adresse électronique, numéro de téléphone, site Web), de sorte que les personnes visées puissent entrer en relation avec les programmes. Il peut également exister des groupes de soutien dédiés à des variations spécifiques, et les jeunes personnes intersexuées peuvent connaître d'autres personnes présentant les mêmes caractéristiques. Utilisez des termes variés, c'est-à-dire pas uniquement « intersexuation/intersexué(e) », mais également « personnes présentant des variations des caractéristiques sexuelles » et « différences de développement sexuel » ou d'autres termes auxquels les personnes peuvent s'identifier à l'échelon local, de sorte que chacun puisse identifier le programme.
- **Sachez trouver un équilibre entre le niveau de publicité nécessaire et les exigences de sécurité et de confidentialité indispensables à la protection du personnel enseignant et des participants aux programmes** : le risque de harcèlement et d'autres formes de violence à l'encontre des jeunes intersexués est contextuel. Plutôt que d'annoncer le lieu et l'heure des sessions dans le cadre de campagnes de publicité, il peut être plus sûr de fournir des informations de contact associées aux programmes, ce qui permet de filtrer les participants potentiels.
- **Veillez à concevoir un système sécurisé garantissant une stricte confidentialité** : protégez toutes les informations personnelles relatives aux participants des personnes, groupes et organisations hostiles aux personnes intersexuées.
- **Effectuez un suivi des services d'orientation afin de vous assurer qu'ils traitent avec respect les enfants et les jeunes intersexués** : dans la mesure du possible, il est particulièrement important de relier l'ECS à l'ensemble des services nécessaires, de proposer des programmes conviviaux et de mettre les jeunes personnes intersexuées en contact avec des professionnels de la santé/santé mentale favorablement disposés à leur égard. Si aucun service d'orientation approprié n'est disponible, les concepteurs de programmes doivent s'impliquer dans des activités de mobilisation afin d'amener les pouvoirs publics à fournir des services et de sensibiliser les prestataires de services.
- **Définissez dans la mesure du possible un espace réservé aux personnes intersexuées** : cette démarche est importante afin de créer un sentiment de sécurité, de communauté et de réconfort. Elle permet également de protéger la vie privée de chacun, ce qui est important, dans la mesure où de nombreuses personnes intersexuées ne souhaitent pas que les autres personnes soient informées de leur situation.
- **Envisagez l'organisation de sessions destinées aux parents** : les parents peuvent vouloir évoquer les sentiments que leur inspirent a posteriori les décisions relatives aux interventions médicales pratiquées sur leur enfant. Si les participants le souhaitent, il est également possible d'organiser des sessions communes avec les parents.

## Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Adoptez une approche tenant compte des traumatismes subis** : les interventions chirurgicales et la stigmatisation subies par de nombreuses jeunes personnes intersexuées au cours de leur enfance et de leur adolescence peuvent

être traumatisantes pour elles, et les programmes doivent tenir compte de ce facteur. (Pour obtenir des informations complémentaires, voir la page 14.)

- **Lorsque vous évoquez l'anatomie sexuelle et reproductive, légendez les schémas de manière inclusive** : les schémas ne doivent pas être légendés comme étant des représentations masculines ou féminines et les parties du corps ne doivent pas être sexuées. L'enseignement de l'anatomie peut également adopter une approche consistant à demander aux participants quels mots ils utilisent pour chaque partie, ce qui permet d'utiliser une gamme de désignations.
- **Utilisez des méthodes permettant de découvrir ce que les enfants et les jeunes pensent savoir des variations liées à l'intersexuation** : demandez-leur de partager ce qu'ils ont appris et de donner leurs sources d'informations. Vous pouvez également utiliser des questionnaires « vrai/faux » ou organiser des jeux. Cette approche permet à l'intervenant d'identifier et de corriger les informations erronées et les idées fausses des participants.

## Diffusion du programme

- **Utilisez les pronoms de genre privilégiés par les participants** : les intervenants doivent se présenter avec leurs noms et leurs pronoms de genre préférés (p. ex « il », « elle », « iel »), puis demander aux participants de se présenter à leur tour. Les participants ont ainsi l'opportunité de faire connaître le pronom qu'ils ont choisi. Nul ne doit être obligé à révéler ses préférences pronominales/divulguer des informations personnelles.
- **Envisagez dans la mesure du possible l'utilisation de ressources technologiques, afin d'atteindre le maximum de personnes** : les personnes intersexuées ne constituant qu'une partie relativement faible de la population et étant souvent réticentes à s'identifier au sein de groupes, elles sont susceptibles d'apprécier des éléments d'ECS supplémentaires, dont une partie interactive, proposés par le biais de vidéos en ligne, de vidéoconférences ou de webinaires. Il est toutefois important que le programme comporte un élément de contact en personne.

## Documents et programmes d'études fondamentaux

- *InterACT (Advocates for Intersex Youth)* (site Web)
- *Fact Sheet: Intersex* (Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme)
- *Intersex on vk.com* (vidéos)
- *dsdteens* (site Web)
- *How Sex Development Works* (site Web)
- *Supporting Your Intersex Child: A Parents' Toolkit* (Organisation Intersex International Europe, 2018)
- *Full Frontal Activism: Intersex and Awesome* (site Web)
- *Brief Guidelines for Intersex Allies* (Organisation Intersex International United States, 2012)
- *Defining: Intersex* (site Web)
- *9 Ways Intersex Youth Want You to Support Them* (Everyday Feminism, 2015)
- *What Does It Mean to Be Young and Intersex Today?* (Dazed Digital, 2016)

## 3.8 Jeunes personnes vivant avec le VIH

En 2019, le nombre d'adolescents vivant avec le VIH dans le monde entier a été estimé à 1,7 million et l'on a recensé environ 170 000 nouvelles infections par le VIH parmi les adolescents âgés de 10 à 19 ans. (ONUSIDA, 2020). Environ 3,4 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans vivent avec le VIH et plus de 28 % des nouvelles infections concernent les jeunes (ONUSIDA, 2020).

<sup>11</sup> Pour obtenir une liste d'organisations, consultez les sites Web des associations InterACT (<https://interactadvocates.org/resources/intersex-organizations/>) et Intersex Day (<https://intersexday.org/en/links/>).

La plupart des enfants et des jeunes vivant avec le VIH l'ont contracté d'une ou de deux manières : lors de la période périnatale au moment de leur naissance ou via l'allaitement (environ 70 % des cas), ou plus tard, par le biais de divers facteurs : rapports sexuels non protégés, sévices sexuels, viols, partage de matériel d'injection de drogues, transfusions impliquant du sang non contrôlé ou blessures par piqûre d'aiguille. Bien que les enfants et les jeunes ayant contracté le VIH aient certains points communs, leurs expériences et leurs besoins sont différents (ONUSIDA, 2016a ; STOPAIDS et al., 2016).

Si l'on exclut les contaminations survenues lors de la période périnatale, les enfants et les jeunes contractent le plus souvent le VIH (tout particulièrement au cours de leur adolescence) par le biais de rapports sexuels non protégés. Les facteurs sous-tendant ce phénomène sont nombreux : insuffisance des connaissances relatives à la prévention du VIH, mauvaise perception des risques liés au VIH, faible taux d'utilisation des préservatifs, multiplication des partenaires sexuels, viols ou rapports sexuels non protégés imposés de force, et activité sexuelle précoce (OMS et al., 2015a ; OMS et al., 2015b). Le partage de matériel d'injection de drogues est un facteur de contamination courant, les conditions de stérilité nécessaires à une injection sécurisée n'étant pas réunies (OMS et al., 2015b).

Les enfants et les jeunes appartenant à des populations à risque (hommes homosexuels et autres HSH, travailleurs du sexe, personnes transgenres, utilisateurs de drogues injectables, et prisonniers/personnes placées en détention) sont particulièrement exposés à la contamination par le VIH, en raison de la stigmatisation et de la discrimination généralisées et des actes de violence auxquels ils sont confrontés, en sus des vulnérabilités associées à leur condition de jeune personne (OMS et al., 2015a ; OMS et al., 2015b). En outre, les personnes mineures ne sont parfois pas prises en charge par les programmes gouvernementaux dédiés aux populations à risque, lorsque ceux-ci existent.

La généralisation de l'accès au traitement antirétroviral a permis à des nombreux enfants nés avec le VIH d'atteindre l'âge adulte. Ils peuvent toutefois être confrontés à des retards de développement associés à un affaiblissement du système immunitaire, ainsi qu'à des problèmes de santé tels qu'une co-infection par la tuberculose (Bridges, 2011 ; Eison et Kim, 2018). Ils sont également plus fréquemment sujets à des problèmes de santé mentale, le plus souvent dépression et anxiété, en partie du fait de la stigmatisation et de la discrimination frappant les personnes atteintes par le VIH, ce qui peut affecter leur qualité de vie et influencer sur leur acceptation du traitement médicamenteux (UNICEF, 2016). Au cours de leur adolescence, ils sont souvent confrontés à des émotions complexes concernant le développement de leur sexualité et leurs perspectives parentales, et ont souvent du mal à prendre des décisions concernant leur activité sexuelle et la divulgation de leur séropositivité (APN+, 2013).

À l'instar de leurs homologues en bonne santé, les enfants et les jeunes vivant avec le VIH ont besoin de services, y compris éducatifs (Bridges, 2011). Les lois sur l'âge minimal du consentement en matière de soins de santé empêchent toutefois souvent les enfants d'accéder aux soins de santé sexuelle et reproductive (y compris des services de prévention du VIH), aux tests et aux traitements sans l'aval de leurs parents. La stigmatisation et la discrimination peuvent dissuader les enfants et les jeunes (notamment ceux appartenant à des populations à risque, pour lesquels un diagnostic tardif est problématique) de solliciter des conseils liés à des pratiques sexuelles plus sûres et d'effectuer un test de dépistage du VIH. Les enfants et les jeunes peuvent cesser de prendre leurs médicaments pour diverses raisons, notamment pour ne pas divulguer leur état de santé à des observateurs. Les problèmes classiquement

associés au traitement sont le manque de services adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et la compréhension insuffisante des besoins des adolescents vivant avec le VIH par les prestataires de services de santé. D'autres facteurs peuvent être la distance et les frais de transport vers l'hôpital, la crainte que les visites à l'hôpital soient repérées, la longueur des temps d'attente, et les attitudes moralisatrices à l'encontre des jeunes sexuellement actifs. De nombreux hôpitaux n'ont en outre pas défini de protocoles et formé leur personnel au transfert des adolescents des services pédiatriques vers les services de traitement du VIH destinés aux adultes (IPPF European Network et al, 2017).

## *Planification et élaboration des programmes*

- **Adaptez l'ECS aux besoins des enfants et des jeunes vivant avec le VIH, en prenant soin de ne pas vous focaliser uniquement sur la réduction des risques liés à la sexualité** : sur certains sites, il peut être pertinent d'élaborer un support d'ECS spécifique dédié aux enfants et aux jeunes vivant avec le VIH appartenant à des populations à risque, dans la mesure où leurs problèmes sont différents et plus complexes. En outre, l'environnement juridique et politique dont ils dépendent est également différent.
- **Impliquez des personnes clés dans les réseaux sociaux et les systèmes de soutien destinés aux participants** : les programmes doivent aider les parents/tuteurs, les leaders religieux et les prestataires de services de santé à comprendre les réalités auxquelles sont confrontés les enfants et les jeunes vivant avec le VIH, ainsi que leurs droits et leurs besoins en termes de santé sexuelle et reproductive. Ils seront ainsi plus à même de développer des compétences leur permettant de communiquer avec les enfants et les jeunes sur des sujets tels que la séropositivité et sa divulgation, la sexualité et la santé sexuelle et reproductive (Stangl et al., 2015) et pourront les aider à s'épanouir.
- **Adoptez des stratégies de recrutement garantissant que les personnes ayant les besoins les plus importants soient informées de l'existence des programmes** : lorsque les participants sont recrutés dans les hôpitaux et les centres de soins de santé, seuls les enfants et les jeunes vivant avec le VIH déjà intégrés au système de santé peuvent être atteints. Ces participants sont déjà probablement mieux accompagnés en termes de santé sexuelle et reproductive que ceux n'ayant pas accès à des soins de santé, par exemple les personnes appartenant à des groupes marginalisés, n'ayant pas commencé de traitement ou ayant abandonné le leur (Pretorius et al., 2015). Dans la mesure du possible, envisagez d'entrer en contact avec les jeunes en ligne également, car il se peut qu'ils échangent entre eux au sein de communautés fermées sur des réseaux sociaux.
- **Complétez l'ECS par des sources d'informations sur la sexualité et la santé sexuelle et reproductive pouvant être consultées discrètement via Internet ou dans les aires d'attente des hôpitaux** : ces ressources peuvent revêtir des formes diverses : supports multimédia, vidéos, brochures, applications pour smartphone spécifiquement dédiées aux jeunes, lignes d'assistance téléphonique (Stangl et al., 2015).
- **Réfléchissez à la pertinence de l'inclusion du terme « personne vivant avec le VIH » dans le nom du programme** : dans certains contextes, les enfants et les jeunes vivant avec le VIH ne souhaitent pas que les autres personnes soient informées de leur état de santé.
- **Veillez à concevoir un système sécurisé garantissant une stricte confidentialité** : protégez toutes les informations personnelles relatives aux participants des personnes, groupes et organisations hostiles aux personnes vivant avec le VIH.

- **Ne partez pas du principe que les enfants et les jeunes vivant avec le VIH sont déjà bien informés** : il est possible que leur connaissance et leur compréhension soient limitées concernant le VIH et son évolution, la signification de la séropositivité, les médicaments antirétroviraux et leurs effets secondaires, et la notion d'adhésion aux médicaments. Ces situations peuvent survenir lorsque les médecins communiquent exclusivement avec des parents/tuteurs qui ne transmettent pas les informations à leurs enfants, ou parce que les communications ne sont pas adaptées au niveau de compréhension de la jeune personne.

### Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Proposez un mentorat aux plus jeunes des adolescents vivant avec le VIH** : ils pourraient ainsi tirer avantage du soutien de pairs plus âgés qu'eux et plus expérimentés en termes de sexualité et de relations.
- **Présentez des modèles aux participants** : invitez des jeunes ayant accepté le fait de vivre avec le VIH et/ou entretenant des relations sentimentales saines (y compris avec des personnes séronégatives) à parler avec les participants (APN+, 2013).
- **Renforcez les compétences de prise de décisions et de communication** : effectuez des démonstrations et offrez aux participants de nombreuses opportunités de s'exercer à expliquer ce qu'est le VIH, à divulguer leur état de santé, à répondre à des questions et à gérer les réactions.

### Diffusion du programme

- **Créez un espace sûr pour tous les participants** : au regard de la diversité des identités des enfants et des jeunes vivant avec le VIH, le simple fait de les réunir à un même endroit ne suffit pas à procurer à chacun un espace sûr. Dans certains contextes, il peut être nécessaire de proposer le programme d'ECS séparément aux membres des populations à risque vivant avec le VIH (par exemple les hommes homosexuels ou les femmes transgenres). Ils risqueraient sinon d'être victimes de discrimination ou de divulgation de leur VIH par des participants appartenant à la population générale.
- **Soyez attentif aux obligations quotidiennes des participants** : présentez le programme de manière à ne pas interférer avec les repas et les prises de médicaments. Veillez également à ne pas perturber d'autres aspects de la vie sociale des personnes concernées, notamment la participation aux groupes de soutien animés par des pairs vivant avec le VIH.

### Documents et programmes d'études fondamentaux

- *iCAN Package: A Comprehensive Life Skills Package Focusing on HIV, Sexuality, and Sexual & Reproductive Health for Young People Living with HIV (YPLHIV) and Their Circles of Care – Facilitator's Manual and Workbook* (SAfAIDS et UNFPA, 2016)
- *Adolescents Living with HIV: Developing and Strengthening Care and Support Services* (UNICEF, 2016)
- *Children's HIV Association (CHIVA)* (site Web)
- *Lost in Transitions: Current Issues Faced by Adolescents Living with HIV in Asia Pacific* (APN+, 2013)
- *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living With HIV: A Guidance Package* (GNP+, 2009)
- *HIV and Adolescents: Guidance for HIV Testing and Counselling and Care for Adolescents Living with HIV* (OMS, 2013)
- *Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector* (UNESCO, 2012)

- *Positive Health, Dignity and Prevention: Operational Guidelines* (GNP+ et ONUSIDA, 2013)

### 3.9 Jeunes utilisateurs de drogues

Si le tabac et l'alcool sont les drogues les plus consommées et ont des effets importants sur la santé et le comportement sexuel des enfants et des jeunes, les drogues illicites (notamment les drogues injectées) sont au centre de toutes les attentions depuis le début de l'épidémie de VIH. Les données mondiales sur l'utilisation de substances psychoactives par les jeunes sont limitées, mais tout semble indiquer qu'ils en consomment beaucoup plus que leurs aînés. La plupart des études estiment que la période 12 – 17 ans est celle induisant le plus de risques en termes d'initiation à la consommation de drogues, dont le pic se situe entre 18 et 25 ans (UNODC, 2018).

La consommation de drogues des enfants et des jeunes varie d'un pays à l'autre et dépend de la situation socioéconomique. La majorité des enfants et des jeunes consommant des drogues illicites font partie des classes relativement défavorisées de la société dans laquelle ils vivent, ce qui peut augmenter le risque de partage de seringues ou de commerce sexuel (UNODC et al., 2017). Bien que dans de nombreuses régions du globe, la consommation de drogues fasse partie d'un cycle intergénérationnel (c.-à-d. que plusieurs membres d'un foyer sont utilisateurs de drogues), elle peut également provenir d'expérimentations, de prises de risque et de démarches de recherche de plaisir associées à l'adolescence, notamment en compagnie de pairs. Le fait de lier connaissance avec de jeunes utilisateurs de drogues crée une tendance à la normalisation et à l'intensification de ce type de comportement. Certains enfants/jeunes commencent à consommer des drogues pour échapper à la souffrance psychologique ou physiologique générée par des épreuves ou des expériences négatives, notamment négligence, sévices physiques, sexuels ou émotionnels, difficultés familiales ou sentiment d'isolement, de colère ou de vide. Nombre d'entre eux sont confrontés à plusieurs de ces vulnérabilités (OMS et al., 2015b).

Leurs fonctions cognitives étant encore en cours de développement, les enfants et les jeunes sont plus exposés aux abus de drogues et aux addictions que les adultes, bien qu'ils soient capables de les surmonter. La consommation de drogues est susceptible de réduire les inhibitions et de brouiller le jugement des jeunes, notamment concernant leurs comportements sexuels (p. ex. utilisation de préservatifs) (OMS et al., 2015b). Ces facteurs, associés aux partages de seringues et d'équipements d'injection de drogues (tout particulièrement dans un contexte de carence généralisée de programmes de réduction des risques destinés aux enfants et aux jeunes), peuvent engendrer une augmentation très importante du risque de contamination par le VIH, les infections sexuellement transmissibles et l'hépatite parmi les enfants et les jeunes consommant des drogues, notamment des drogues injectées (OMS et al., 2015b).

Les jeunes consommant des drogues sont confrontés à de nombreux obstacles les empêchant d'accéder, par exemple, aux informations, aux équipements d'injection stériles et aux traitements de la dépendance aux drogues dont ils ont besoin. Ces obstacles peuvent être les suivants : absence/manque de services accessibles de réduction des préjudices dédiés aux jeunes ; absence de confidentialité due aux restrictions relatives au consentement exigeant des personnes âgées de moins de 18 ans d'obtenir le consentement de leurs parents pour bénéficier de services de santé et de réduction des préjudices ; attitudes moralisatrices des prestataires ; et refus de prestations de soins de santé lié au statut d'utilisateur de drogues. Il n'existe que peu de données factuelles sur la réduction des préjudices, les thérapies de substitution ou le traitement de symptômes de sevrage (GNP+ et INPUD, 2010 ; Larney et al., 2017). En conséquence, les jeunes consommateurs de

drogues injectées sont moins informés que leurs aînés sur les risques pour leur santé, les pratiques d'injection sécurisées et la prévention du VIH. Ils ont ainsi tendance à différer les tests de dépistage du VIH, ce qui augmente le risque d'une contamination ultérieure (AVERT, 2019).

Les politiques et pratiques de criminalisation et de répression des consommateurs de drogues augmentent la stigmatisation, les préjugés et la discrimination, avec pour conséquence un accroissement de la désocialisation et de la marginalisation des utilisateurs de drogues et un accès aux services de plus en plus limité (OMS, 2016a). Les répercussions légales et la crainte de se voir retirer la garde de leurs enfants incitent par exemple les jeunes utilisatrices de drogues enceintes/mères de famille à renoncer à demander de l'aide aux services compétents (GPN+ et INPUD, 2010). D'autres conséquences socioéconomiques peuvent être un dysfonctionnement des relations sociales et un risque accru de chômage et de placement en détention.

## Planification et élaboration des programmes

- **Veillez à ce que les interventions ciblant les enfants et les jeunes utilisateurs de drogues soient contextuellement appropriées** : les personnes chargées de l'élaboration de l'ECS doivent comprendre les causes menant à la consommation de drogues, leur diversité et leur évolution, ainsi que le fonctionnement des traitements et des programmes de réduction des préjudices et l'approche de la consommation de drogues et des utilisateurs de drogues adoptée par les forces de l'ordre et les institutions judiciaires. Elles doivent également comprendre les divers besoins et motivations des enfants et des jeunes utilisateurs de drogues, les dynamiques sociales et économiques de leurs vies et les facteurs rendant les enfants et les jeunes vulnérables à la toxicomanie.
- **Planifiez des services et des soins exhaustifs et intégrés, y compris dans le domaine éducatif** : les programmes doivent s'efforcer de relier ou d'intégrer l'ECS aux autres programmes destinés aux jeunes utilisateurs de drogues (GPN+ et INPUD, 2010 ; UNODC et al., 2017). Les besoins les plus pressants des enfants et des jeunes (abri, nourriture) doivent être traités en premier lieu. Dans le cas contraire, il est possible qu'ils renoncent à participer. Les programmes doivent dans la mesure du possible proposer un soutien holistique ou orienter les participants vers d'autres sources de soutien. Les aspects suivants sont concernés (IPPF European Network et al., 2017) :
  - réduction des préjudices (notamment via la fourniture d'équipements d'injection stériles) et traitement de la toxicomanie axé sur des données factuelles ;
  - prévention, test, soin et traitement du VIH ;
  - services de santé sexuelle et reproductive spécialisés entre autres dans le planning familial, les infections sexuellement transmissibles et l'hépatite ;
  - services de soins de santé mentale, soutien social par des pairs ;
  - services destinés aux survivants d'actes de violence ;
  - soutien et conseils concernant les problématiques liées à l'éducation et à la garde des enfants, services de puériculture, services d'aide sociale et services juridiques, notamment pour les enfants et les jeunes utilisateurs de drogues vivant dans la rue/sans domicile fixe.
- **Si l'ECS n'est pas intégrée à des services exhaustifs, dressez une liste de ressources locales de confiance bien disposées à l'égard des enfants et des jeunes utilisateurs de drogues** : si aucun service d'orientation approprié n'est disponible, les concepteurs de programmes doivent participer à des actions de plaidoyer afin d'influencer les pouvoirs publics et de les amener à mieux comprendre certains aspects, par exemple : traitement de la

toxicomanie comme un problème de santé publique et non de criminalité, fourniture de traitements adéquats, remplacement des attitudes moralisatrices par une approche pragmatique de la toxicomanie et alignement des pratiques thérapeutiques et cliniques sur les observations scientifiques (GPN+ et INPUD, 2010).

- **Veillez à concevoir un système sécurisé garantissant une stricte confidentialité** : protégez toutes les informations personnelles relatives aux participants des personnes, groupes et organisations hostiles aux utilisateurs de drogues.
- **Donnez aux participants les moyens de changer leurs comportements** : les programmes doivent fournir aux participants non seulement des informations factuelles et un enseignement centré sur les soins de santé et la réduction des risques, mais également des moyens concrets leur permettant de changer leurs habitudes, tels que des préservatifs masculins ou féminins (Des Jarlais et Semaan, 2008).
- **Contactez les parents des jeunes utilisateurs de drogues, mais toutefois uniquement avec le consentement de la jeune personne concernée** : interagir avec les parents peut permettre de fournir un soutien adéquat à la jeune personne concernée, mais il est essentiel d'obtenir son consentement avant d'impliquer ses parents.

## Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Fournissez aux participants des possibilités de définir leurs propres objectifs de changement de comportement** : aidez-les à se fixer des objectifs réalistes en vue d'une transition vers des comportements plus sains (Edlin et al., 2005 ; Des Jarlais and Semaan, 2008).
- **Admettez qu'en matière de consommation de drogues, l'abstinence n'est pas toujours un objectif réaliste** : les programmes doivent reconnaître que le chemin vers l'abstinence est semé d'embûches et que plusieurs tentatives peuvent être nécessaires. Mettez l'accent sur la réduction des risques pour les participants qui continuent à consommer de la drogue.

## Diffusion du programme

- **Établissez des relations respectueuses avec les participants** : évitez les pièges classiques, tels que les attitudes moralisatrices ou les expressions de colère ou de frustration à l'encontre des participants (Des Jarlais et Semaan, 2008). Les études ont montré que, lorsque les personnes consommant des drogues sont traitées avec respect et dignité, elles sont désireuses d'apprendre et manifestent de l'intérêt pour leur santé et celles des autres (Des Jarlais et Semaan, 2008).
- **Ayez pour objectif d'identifier et de contacter les jeunes aussi vite que possible après qu'ils ont commencé à consommer de la drogue** : dans l'idéal, les interactions doivent commencer avant qu'ils ne commencent à s'injecter des drogues, car cette pratique augmente considérablement le risque de contamination par le VIH due à l'utilisation d'équipements d'injection non stériles.
- **Réduisez au maximum les obstacles à la participation** : diffusez par exemple le programme sur des sites où les enfants et les jeunes utilisateurs de drogues se rendent déjà/se sentent en sécurité/peuvent accéder à différents services.

## Documents et programmes d'études fondamentaux

- *Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People who Inject Drugs: Practical Guidance for Collaborative Interventions* (UNODC, 2017)
- *HIV and Young People Who Inject Drugs: Technical Brief* (OMS, 2015)

- *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of Injecting Drug Users Living with HIV: A Policy Briefing* (GNP+ et INPUD, 2010)

### 3.10 Jeunes travailleurs du sexe

Les travailleurs du sexe sont des adultes et des jeunes personnes de sexe masculin/féminin ou transgenres, âgés de plus de 18 ans, qui reçoivent (régulièrement ou occasionnellement) de l'argent ou des paiements en nature en échange de prestations à caractère sexuel. Le commerce sexuel se pratique entre adultes consentants et peut revêtir de nombreuses formes. Il varie selon les pays et les communautés (ainsi qu'en leur sein) et présente des niveaux divers d'organisation et d'officialité (Harcourt et Donovan, 2005). Aux termes de la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies, les travailleurs du sexe âgés de moins de 18 ans sont considérés comme des enfants victimes d'exploitation sexuelle plutôt que comme des travailleurs du sexe à proprement parler, et ce, même s'ils ont pris eux-mêmes la décision de s'adonner au commerce sexuel et/ou ne s'estiment pas victimes d'exploitation sexuelle.

Il n'existe pas d'estimations mondiales fiables du nombre de jeunes impliqués dans le commerce sexuel, en partie parce que dans de nombreux pays, un ou plusieurs actes liés à la vente, l'offre, l'obtention, l'achat et la fourniture de prestations à caractère sexuel sont criminalisés. (OMS et al., 2015a).

Les jeunes impliqués dans le commerce sexuel présentent de nombreuses vulnérabilités, telles que le statut de sans domicile fixe/migrant/nomade, un rejet par leur famille d'origine, des troubles mentaux ou encore des actes de violence perpétrés à leur encontre par des membres de leur famille, des partenaires intimes, des clients, des tiers ou des membres des forces de l'ordre (OMS et al., 2015a). Leur bien-être peut également être menacé par les problèmes suivants : consommation problématique de drogues, infections sexuellement transmissibles, grossesses non désirées, avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et discrimination (OMS et al., 2015a). Bien que les personnes âgées de moins de 18 ans impliquées dans le commerce sexuel soient techniquement des victimes d'exploitation sexuelle, elles sont dans les faits souvent arrêtées ou interpellées par la police. Ces personnes, ainsi que celles âgées de plus de 18 ans, sont fréquemment considérées comme des criminels et arrêtées, emprisonnées et victimes de sévices, de racket et de harcèlement de la part de la police, même dans des pays où le commerce sexuel est légal.

Les enfants âgés de 10 à 17 ans victimes d'exploitation sexuelle ont souvent moins de contrôle sur le nombre de clients reçus, pour des raisons incluant nécessité économique, abus de pouvoir et d'autorité de la part d'adultes ou manque d'expérience en matière de négociation (OMS et al., 2015a). Dans certains pays, les jeunes âgés de moins de 18 ans ne peuvent en outre pas accéder à des services de santé sexuelle et reproductive ou de dépistage/traitement du VIH sans le consentement de leurs parents ou tuteurs, à moins qu'ils ne soient des mineurs émancipés (ONUSIDA, 2012). Ils sont beaucoup plus exposés à la violence, notamment sexuelle, lorsqu'ils ne peuvent accéder à des services de soutien ou d'aide par crainte d'être arrêtés, mis en détention ou victimes de discrimination.

Certains jeunes sont victimes de trafic visant à les exploiter sexuellement. Les enfants et les jeunes victimes de cette pratique peuvent être confrontés à des violations extrêmes de leurs droits humains, notamment : privation d'alimentation, confinement, violence physique, viols, viols en réunion, consommation forcée de drogues et menaces de violence à leur encontre ou à celle de leur famille ou de divulgation de leurs activités à leur famille et à leurs amis. Les conséquences sur leur santé peuvent être diverses : blessures physiques, dépendance à la drogue et à l'alcool, infections sexuellement transmissibles et/ou VIH,

complications graves lors de la grossesse, avortements forcés et stérilité (OMS et al., 2015a). Ces traumatismes physiques et émotionnels extrêmes exposent les victimes à une mort prématurée par homicide, suicide, consommation excessive de drogues et d'alcool, et pathologies causées par le VIH (ILO, 2008 ; Conner et al., 2014 ; Ottisova et al., 2018). Du fait de leur isolement, la plupart d'entre eux ne parviennent pas à obtenir un soutien ou de l'aide.

La fourniture de services de quelque nature que ce soit (y compris l'ECS) à des personnes âgées de moins de 18 ans impliquées dans des activités de commerce sexuel pose des difficultés légales, politiques et éthiques, car toute activité de commerce sexuel impliquant des mineurs est considérée comme de l'exploitation sexuelle, dont ces derniers devraient être préservés. Cela ne doit toutefois pas servir de prétexte pour priver les jeunes de moins de 18 ans d'un accès aux services d'information, de prévention et de soins. Malgré cela, afin d'éviter tout risque de confusion, les recommandations ci-dessous ne s'appliquent qu'aux personnes âgées de 18 ans ou plus pratiquant une activité de prostitution de leur plein gré.

### Planification et élaboration des programmes

- **Sollicitez une approbation éthique auprès d'un organe consultatif** : puisqu'il peut s'avérer particulièrement compliqué de dispenser l'ECS aux jeunes pratiquant une activité de prostitution, envisagez de demander un examen des problèmes éthiques pour confirmer que la proposition de programme est justifiée et s'appuie sur des principes éthiques solides, et pour lui faire gagner en crédibilité et en acceptabilité. Le programme doit se conformer aux principes éthiques de participation volontaire, de confidentialité des informations partagées, des données et dossiers relatifs aux programmes et, le cas échéant, des orientations vers des services de soutien, y compris des services de soins de santé.
- **Veillez à concevoir un système sécurisé garantissant une stricte confidentialité** : protégez toutes les informations personnelles relatives aux participants des personnes, groupes et organisations hostiles aux personnes impliquées dans des activités de commerce sexuel.
- **Mettez en place un système permettant d'identifier les personnes impliquées depuis peu dans des activités de commerce sexuel et de définir si elles y ont été contraintes ou forcées et si elles sont âgées de moins de 18 ans** : ce travail peut être effectué par des associations autoréglementées de travailleurs du sexe, ou en coopération avec les travailleurs du sexe eux-mêmes. Les personnes de moins de 18 ans impliquées contre leur volonté dans des activités de commerce sexuel doivent être conseillées, soutenues et orientées vers des services sociaux et des services de santé. Les programmes proposés doivent répondre aux besoins spécifiques de chaque jeune personne en fonction de sa situation. En effet, les besoins des victimes du trafic de personnes sont très différents de ceux des jeunes qui débutent une activité de prostitution.
- **Ayez pour objectif d'identifier et de contacter les jeunes aussi vite que possible après le début de leurs activités de commerce sexuel** : de nombreuses personnes impliquées dans des activités de commerce sexuel commencent à un âge précoce et sont donc plus exposées à la violence et à des conséquences préjudiciables pour leur santé au cours des premiers mois (Onyango et al., 2012 ; Busza et al., 2016). Les programmes doivent tenir compte du fait qu'une jeune personne commençant des activités de commerce sexuel ne se considère pas toujours d'emblée comme une personne impliquée dans des activités de commerce sexuel ou un travailleur du sexe. Les centres de halte-accueil destinés aux jeunes et proposant des repas, des installations de

douches/bains et d'autres services (p. ex. d'alphabétisation) peuvent être des points d'entrée intéressants permettant d'identifier ou de contacter les jeunes impliqués dans des activités de commerce sexuel (OMS et al., 2015). Il est important d'atteindre les personnes transgenres et les jeunes hommes impliqués dans des activités de commerce sexuel (Onyango et al., 2012).

- **Reliez ou intégrez l'ECS aux autres programmes destinés aux jeunes impliqués dans des activités de commerce sexuel** : les jeunes impliqués dans des activités de commerce sexuel ont besoin d'une combinaison d'interventions biomédicales, comportementales et structurelles permettant de gérer les risques liés à la santé et les violations des droits humains auxquels ils peuvent être exposés. Dans la mesure du possible, proposez un soutien holistique et centré sur les personnes, qui peut inclure la fourniture des services suivants (ou l'orientation vers des prestataires compétents) : hébergement, bains/douches, restauration, soins de santé, conseil, soins psychologiques et prévention de la violence, éducation, propositions d'opportunités d'activités rémunérées, services juridiques, soutien aux jeunes parents, services d'aide sociale et de protection de l'enfance, notamment aux jeunes impliqués dans des activités de commerce sexuel vivant dans la rue/sans domicile fixe (Onyango et al., 2012 ; Busza et al., 2016). Il est également essentiel que les participants aient en permanence accès à des préservatifs, à une prophylaxie pré-exposition et post-exposition au VIH, ainsi qu'à des services de dépistage, de conseil et de traitement du VIH (Onyango et al., 2012 ; OMS, 2016a).

### Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Intégrez l'ECS destinée aux jeunes impliqués dans des activités de commerce sexuel aux approches d'autonomisation à l'échelon communautaire** : cette approche permet d'aborder les problèmes de stigmatisation et de marginalisation et favorise l'autonomisation collective.
- **Ne vous concentrez pas exclusivement sur les sujets associés à la santé sexuelle et reproductive** : essayez de présenter les informations selon des angles variés afin de capter l'attention des participants (Moore et al., 2014 ; NSWP, 2016a). Évoquez par exemple la grossesse, ainsi que la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles sous l'angle de la beauté et de la santé, qui sont des problématiques importantes pour les personnes impliquées dans des activités de commerce sexuel.

### Diffusion du programme

- **Dans la mesure du possible, organisez les sessions de présentation des programmes dans un centre où les participants peuvent également accéder à d'autres services** : ces centres peuvent proposer des rafraîchissements, des douches et des espaces de repos et de détente. Sur certains sites, il peut être plus efficace de présenter le programme sur les lieux de travail ou aux domiciles des travailleurs du sexe, notamment s'ils vivent ensemble.

### Documents et programmes d'études fondamentaux

- *Implementing Comprehensive HIVISTI Programmes with Sex Workers: Practical Approaches from Collaborative Interventions* (OMS, 2013)
- *Policy Brief: Young Sex Workers* (NSWP, 2016)
- *HIV and Young People Who Sell Sex: Technical Brief* (OMS, 2015)
- *Empowering Each Other: Young People Who Sell Sex in Ethiopia – a Case Study from the Link Up Project* (Frontline AIDS, 2015)

- *Research for Sex Work 15: Resistance and Resilience* (NSWP, 2016)

### 3.11 Jeunes placés en détention

Les catégories des jeunes placés en détention et celles des jeunes utilisateurs de drogues, jeunes travailleurs du sexe et jeunes souffrant de troubles psychosociaux se chevauchent fréquemment, les recommandations pertinentes des sections des présents Principes directeurs consacrées à ces derniers doivent être considérées comme applicables aux enfants et aux jeunes placés en détention.

Les enfants et les jeunes placés en détention sont à la fois ceux placés en détention administrative et ceux qui sont aux prises avec le système de justice pénale. Cette catégorie englobe les enfants et les jeunes détenus dans un poste de police, en détention provisoire, emprisonnés dans l'attente de leur procès ou purgeant une peine après une condamnation, ainsi que ceux placés dans des centres de détention destinés aux jeunes/aux immigrants/aux utilisateurs de drogues ou des centres de réinsertion (IPPF et UNFPA, 2017b). Dans le cas d'une détention judiciaire, la décision de mise en détention est prise par un juge ou un tribunal si la jeune personne est accusée d'une infraction pénale ou condamnée pour celle-ci. En revanche, pour une détention administrative, la décision relève d'un organe exécutif ou administratif.

Le nombre d'enfants et de jeunes placés en détention dans le monde entier n'est pas connu en raison de carences dans la tenue des dossiers et du nombre considérable de structures susceptibles de les accueillir. En 2009, l'UNICEF estimait à plus d'1 million le nombre d'enfants âgés de moins de 18 ans placés en détention par des systèmes judiciaires à tout moment donné (UNICEF, 2009), mais il est probable que cette estimation soit très inférieure à la réalité (Human Rights Watch, 2016). Les facteurs interconnectés susceptibles de conduire à un placement en détention d'enfants et de jeunes sont les suivantes : pauvreté, problèmes familiaux (notamment absence des parents ou manque de supervision parentale), formation académique insuffisante, chômage, violence, maltraitance et exploitation (UNODC, 2006).

Les enfants et les jeunes peuvent être placés en détention ou emprisonnés parce qu'ils sont soupçonnés d'actes criminels ou condamnés pour ceux-ci, considérés comme présentant un « risque de délinquance » ou de « trouble social », en situation « irrégulière » ou suite à des actions illégitimes ou arbitraires des organismes d'application de la loi. Les enfants de migrants sont ainsi couramment placés en détention, en violation des normes internationales. Les enfants handicapés (entre autres) peuvent être placés dans des institutions à des fins de protection. Les motifs présidant aux détentions administratives peuvent également être les suivants : contrôle de l'immigration et des flux transfrontaliers, confinement des personnes menaçant la sécurité publique, traitement des personnes souffrant de maladies mentales, confinement des utilisateurs de drogues et protection des personnes exposées à un risque de maltraitance ou d'exploitation/sans domicile fixe (Hamilton et al., 2011).

La majeure partie de la documentation portant sur les besoins en matière d'ECS des enfants et des jeunes placés en détention provient de pays à revenu élevé, mais même dans ces pays, il est indéniable que ces jeunes personnes encourent des risques liés à leur santé et à leur bien-être

plus importants que ceux auxquels le reste de la population fait face, et ce pour les raisons suivantes : taux plus élevés de grossesses chez les adolescentes, prévalence supérieure des infections sexuellement transmissibles et du VIH, antécédents de violences familiales, traumatismes et sévices sexuels, forte prévalence de troubles mentaux et de consommation de drogues, expériences de stigmatisation et de discrimination, accès limité aux soins de santé et à l'éducation, et faible niveau d'alphabétisation (Schmiege et al., 2009 ; RACP, 2011 ; BMA, 2014). Concernant les adolescentes, ces risques sont accrus en raison des inégalités entre les sexes et de leur statut économique inférieur à celui des adolescents de sexe masculin (BMA, 2014). Les enfants et les jeunes placés en détention sont également exposés à des risques de sévices sexuels, notamment lorsqu'ils sont placés en détention dans un site accueillant également des adultes (Freudenberg et al., 2010 ; Human Rights Watch, 2016). Les détenus LGBTQ+ et transgenres sont particulièrement exposés aux injures verbales et aux violences physiques et sexuelles. (James et al., 2016)

Le placement en détention des enfants et des jeunes entrave leur développement normal en tant qu'adolescent et limite leur champ d'expérimentation, car ils ont souvent peu de contacts (voire aucun) avec leurs familles et en règle générale aucun contact physique avec des adolescents du même sexe ou du sexe opposé. Ils vivent en outre dans un environnement au sein duquel ils sont dans l'incapacité d'affirmer leur indépendance. Sans possibilité de nouer des relations et de reproduire le comportement d'adultes entretenant des relations saines, il arrive dans certaines situations de vie que le processus de maturation soit retardé ou compromis (Commission on Sex in Prison, 2015). Les enfants et les jeunes placés en détention peuvent nourrir certaines craintes liées à la sexualité et aux relations lorsqu'ils retrouvent la liberté, surtout s'ils ont été victimes de violences. Ils peuvent également s'inquiéter de ce que leurs futurs partenaires penseront de leur manque d'expérience sentimentale ou sexuelle par rapport aux autres personnes de leur tranche d'âge (Commission on Sex in Prison, 2015). De nombreux enfants et jeunes placés en détention ont des relations familiales difficiles et appartiennent à des groupes de personnes de leur âge consommant de la drogue, en conflit avec la loi ou délinquantes (Moore et al., 2013), qui peuvent avoir une mauvaise influence sur eux après leur libération.

## Planification et élaboration des programmes

- **Contactez des responsables de centres de détention dès le début de l'élaboration du programme** : le placement en détention peut être une occasion de proposer une éducation à la sexualité et des services de santé sexuelle et reproductive à des enfants et des jeunes qui n'y ont pas accès au sein de leur communauté. Les établissements correctionnels sont cependant des structures très contrôlées et fermées et il est possible de rencontrer des réticences quant à la diffusion de programmes pouvant donner l'impression d'approuver les pratiques sexuelles des enfants et des jeunes. Il est en conséquence nécessaire de négocier des compromis à tous les niveaux de responsabilité (Sifunda et al., 2008).
- **Collaborez avec les autres parties prenantes** : la préparation de programmes d'ECS destinés aux personnes placées en détention exige une collaboration systématique et intensive entre les concepteurs de programmes et l'ensemble des autres parties impliquées. Sont ici concernés les intervenants, les conseillers ou thérapeutes des centres de détention, les tribunaux, les familles et les partenaires communautaires impliqués, ainsi que les responsables des centres de détention (Sifunda et al., 2008 ; Marvel et al., 2009 ; Liddle et al., 2011).

- **Envisagez des collaborations avec les prestataires de services communautaires, les chercheurs en milieu universitaire et les systèmes de détention** : les analystes et les prestataires de services établis peuvent être considérés comme des experts de confiance par les autorités pénitentiaires/en charge des détentions administratives. Leur réputation et leur expertise peuvent aider à surmonter les obstacles freinant l'élaboration et l'évaluation des programmes d'ECS pour les enfants et les jeunes placés en détention (OMS, 2007a).
- **Vous devez comprendre les normes et les contraintes structurelles que les environnements de détention imposent aux enfants et aux jeunes** : les environnements de détention imposent souvent des contraintes liées au genre, à la classe sociale, à l'origine ethnique et à la religion et sont en règle générale répressifs et générateurs de perte d'autonomie. Les sujets et les activités du programme d'études doivent prendre ces facteurs en considération.
- **Dans la mesure du possible, intégrez l'ECS à des programmes de réadaptation complets** : les enfants et les jeunes ne sont pas toujours placés constamment en détention et nombre d'entre eux entrent et sortent fréquemment du système, ce qui signifie que les programmes doivent aborder leurs besoins actuels et futurs, à un horizon de plusieurs mois à compter de leur libération. La période suivant la libération est cruciale et les risques de « rechute » sont amplifiés lorsque les enfants et les jeunes retournent dans l'environnement responsable de leurs difficultés passées (qui n'aura très probablement pas évolué) et retrouvent leurs pairs et partenaires. Mais la libération est également pour les enfants et les jeunes l'occasion de mettre en pratique dans le monde réel les leçons apprises dans le cadre de l'ECS dont ils ont bénéficié pendant leur détention. Dans l'idéal, l'ECS doit être intégrée à un plan de réinsertion ou de réinstallation induisant une collaboration impliquant les éducateurs des structures, les conseillers et les prestataires de services communautaires spécialistes de domaines tels que la santé sexuelle et reproductive, la consommation de drogues et la santé mentale (US DOE & DOJ, 2014). La phase suivant la libération peut comprendre des sessions individuelles complémentaires, des contacts téléphoniques pédagogiques/de soutien et une orientation vers des partenaires et des ressources associés à la communauté de la personne concernée. Dans un souci de continuité, il convient dans la mesure du possible de s'assurer que l'ECS est dispensée par les mêmes intervenants pendant la période de détention et lors de la période consécutive à la libération (Liddle et al., 2011). Il est également nécessaire de planifier la mise en œuvre de dispositifs rigoureux de suivi post-libération des participants.
- **Faites preuve de flexibilité et soyez prêt à vous adapter aux difficultés et aux changements inattendus souvent associés aux environnements de détention** : sont ici concernés, entre autres aspects, les transferts vers un autre site, les interruptions de sessions pour des raisons de sécurité ou d'autres motifs, par exemple thérapie proposée par la structure de détention, dénombrement des effectifs, et déplacement des enfants et des jeunes entre différents environnements (Goldberg et al., 2009 ; DiClemente et al., 2014 ; DOE & DOJ, 2014).
- **Abordez les nombreux risques et problèmes auxquels les enfants et les jeunes placés en détention sont confrontés** : la sexualité, la consommation de drogues, la santé mentale, la délinquance et la criminalité sont autant de sujets qui doivent, dans la mesure du possible être traités de manière intégrée dans le cadre de l'ECS (Marvel et al., 2009). L'éducation à la sexualité peut par exemple être contextualisée comme faisant partie d'une démarche visant à améliorer la santé, le respect de soi et les capacités d'autogestion d'une jeune personne

placée en détention. Il peut être bénéfique d'ajouter ou d'intégrer l'ECS à des programmes de prévention de la toxicomanie ou de réduction des risques relatifs aux infections sexuellement transmissibles et au VIH, lorsque de tels programmes existent (Bryan et al., 2009 ; Marvel et al., 2009 ; Mouttapa et al., 2009).

- **Appuyez-vous sur un processus participatif pour élaborer le contenu du programme d'ECS et collaborez dans cette optique avec les enfants et les jeunes placés en détention** : il pourra être nécessaire de négocier cet aspect du processus avec les autorités institutionnelles, qui peuvent être réticentes à l'idée d'accorder un pouvoir de contrôle aux jeunes personnes placées en détention. Cette approche peut cependant aider les concepteurs de programmes à comprendre et à appréhender la réalité quotidienne des jeunes personnes placées en détention, les causes de leurs vulnérabilités et leurs besoins, leurs souhaits, leurs croyances, leurs aspirations et leur culture (OMS, 2007a). Cette approche peut même amener certaines personnes placées en détention à s'intéresser à l'ECS alors qu'il ne s'agissait pas selon eux d'un besoin immédiat.
- **Impliquez autant que possible les parents, les soignants et les familles dans l'application du programme** : vous pouvez par exemple organiser des sessions communes permettant d'aborder les problématiques familiales et encourager les familles à interagir avec les enfants et les jeunes placés en détention.
- **Impliquez les partenaires des jeunes personnes placées en détention dans l'application du programme** : cette approche est particulièrement pertinente pour les partenaires masculins des adolescentes, afin de discuter de sujets tels que les relations humaines, la violence, la grossesse et la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH (Davis et al., 2016).

## Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

- **Proposez une ECS tenant compte des traumatismes subis** : de nombreux enfants et jeunes ayant affaire au système de détention ont des antécédents de violence familiale, de traumatismes et de sévices sexuels, et leur séjour au sein de structures de détention les expose à de nouveaux traumatismes. (Pour obtenir des détails complémentaires, voir la page 14.)
- **Utilisez la pédagogie critique (voir le Glossaire) pour autonomiser les participants à titre individuel, mais également la communauté dans son ensemble** : cette approche doit également être utilisée pour les aider à combattre les inégalités influant sur les vies des enfants et des jeunes visés par le système de détention. Au sein d'institutions fonctionnant selon un cadre hiérarchique et disciplinaire strict (p. ex. prisons et centres de détention), proposer des modèles critiques et participatifs d'ECS peut avoir un fort effet libérateur. L'éducation participative peut être une bouée de sauvetage pour les participants, en les sortant d'un univers déshumanisant dans lequel ils sont privés de parole. Plutôt que d'adopter une approche didactique axée sur la prévention des maladies, les programmes doivent avant tout se concentrer sur les contextes régissant les vies des participants, leurs stratégies de survie et les conditions limitant leurs prises de décisions. Cette démarche aidera également à créer des liens entre les participants et les personnes chargées de la mise en œuvre des programmes (Fields et al., 2008).
- **Organisez des sessions de groupe et des sessions individuelles** (Davis et al., 2016) : les sessions doivent être privilégiées lorsque le feedback et l'influence des pairs, ainsi que les interactions avec eux sont importantes, par exemple dans le cas d'adolescents délinquants sexuels. (Dwyer et Blood, 2009). Dans la mesure du possible, envisagez d'organiser des sessions individuelles lorsqu'il

est difficile de mener des sessions de groupe à leur terme en raison d'interruptions et de perturbations, ou lorsque les sujets évoqués sont sensibles ou nécessitent d'être individualisés.

## Diffusion du programme

- **Formez des intervenants et aidez-les à mettre en pratique les compétences nécessaires à l'enseignement dans les environnements de détention dédiés aux jeunes** : ces compétences incluent des techniques d'intervention comportementale positive et de gestion de groupe permettant de faire face aux comportements perturbateurs et d'aider les participants à gérer leurs besoins sociaux et émotionnels. Dans l'idéal, les intervenants doivent posséder une bonne expérience de la pédagogie appliquée aux enfants et jeunes vulnérables et suivre une formation professionnelle continue pour améliorer leurs compétences (US DOE & DOJ, 2014).
- **Utilisez des approches disciplinaires axées sur la bienveillance pour établir des relations de confiance entre les participants et les intervenants** : les intervenants doivent impérativement réagir aux actes d'inconduite et exposer clairement et de manière appropriée et cohérente les attentes et les conséquences aux participants. Les participants doivent à tout moment se sentir soutenus et en sécurité et il convient de garder à l'esprit que nombre d'entre eux sont susceptibles d'avoir eu par le passé des expériences négatives avec des éducateurs (US DOE & DOJ, 2014).

## Documents et programmes d'études fondamentaux

- *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons* (OMS, UNODC, ONUSIDA, 2007)
- *Interventions to Address HIV in Prisons: Prevention of Sexual Transmission* (OMS, UNODC, ONUSIDA, 2007)
- *Healthy Sexual Development of Children in Prison* (Howard League for Penal Reform, 2015)
- *Young Lives behind Bars: The Health and Human Rights of Children and Young People Detained in the Criminal Justice System* (British Medical Association, 2014)
- *Guiding Principles for Providing High-Quality Education in Juvenile Justice Secure Care Settings* (US DOE & DOJ, 2014)
- *United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (the "Beijing Rules")* (Nations Unies, 1985)

# Glossaire des termes

Les termes et concepts évoqués dans le présent document sont alignés sur les définitions généralement acceptées, ainsi que sur les définitions utilisées dans les documents préparés par les Nations Unies et ses organismes.

**Approche tenant compte des traumatismes subis** : approche intégrant pleinement les connaissances relatives aux traumatismes aux politiques, procédures et pratiques et visant activement à prévenir leur réitération.

**Approche transformative des genres** : approche axée sur la promotion de l'égalité des sexes et la remise en question des rôles, normes, relations et statuts inégalitaires relatifs aux genres.

**Auto-détermination** : le processus (et le droit qui y est associé) par le biais duquel une personne contrôle sa vie, en l'absence de toute forme de coercition ou de contrainte.

**Coercition** : action ou pratique dont l'objectif est de persuader par la force ou les menaces une personne de faire quelque chose.

**Consentement éclairé** : acceptation volontaire d'une action en qualité de sujet actif ou passif ou d'une participation à un processus (par exemple une procédure médicale), en parfaite connaissance des faits, des risques, des avantages et des conséquences potentielles.

**Discrimination** : traitement inéquitable ou distinction arbitraire fondé(e) sur la race, le sexe, la religion, la nationalité, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, la situation de handicap, l'âge, la langue, l'origine sociale ou tout autre statut associé à une personne.

**Droits reproductifs** : droits de tous les couples et individus à décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances en l'absence de toute forme de discrimination, de coercition et de violence ; à disposer des informations, de l'éducation et des moyens nécessaires pour ce faire et à accéder au meilleur niveau possible de santé sexuelle et reproductive.

**Éducation inclusive** : méthode éducative basée sur une prise en compte proactive de la diversité des besoins de l'ensemble des apprenants et visant à réduire les formes d'exclusion associées aux milieux éducatifs et constatées en leur sein.

**Enfant** : personne âgée de moins de 18 ans (définition des Nations Unies).

**Équité** : traitement juste et impartial, faisant référence aux traitements équitables et aux traitements différenciés visant à corriger des déséquilibres en termes de droits, d'avantages, d'obligations et d'opportunités.

**Espaces sûrs** : lieu/environnement physique ou virtuel au sein duquel un individu ou un groupe peut estimer en toute confiance qu'il ne sera pas exposé à la discrimination, à la critique, au harcèlement ou à toute autre forme de préjudice émotionnel ou physique.

**Expression de genre** : approche selon laquelle une personne présente son genre au monde, par exemple par le biais de son nom, de sa tenue vestimentaire, de son style de ses mouvements/gestes, de sa manière de parler et de communiquer, des rôles assumés et de son comportement général.

**Gay** : personne principalement ou exclusivement attirée sentimentalement et sexuellement par les personnes du même sexe ou genre et/ou ayant des relations avec celles-ci. Ce terme est principalement utilisé pour désigner les

personnes homosexuelles de sexe masculin, mais certaines femmes l'utilisent également pour elles.

**Genre** : caractéristiques résultant d'une construction sociale attribuées aux hommes ou aux femmes telles que normes, rôles, attributs et relations entre groupes de femmes et d'hommes/de jeunes femmes et de jeunes garçons. Ces caractéristiques sont acquises par le biais de processus de socialisation.

**Harcèlement** : conduite déplacée et non sollicitée pouvant raisonnablement être considérée ou perçue comme insultante ou humiliante pour la personne visée. Le harcèlement peut revêtir la forme de mots, de gestes ou d'actions visant à irriter, inquiéter, maltraiter, avilir, intimider, rabaisser, humilier ou gêner une autre personne, ou créant un climat menaçant, hostile ou déplaisant.

**Homophobie** : sentiment de peur, d'inconfort, d'intolérance ou de haine concernant les personnes homosexuelles ou perçues comme telles.

**Identité de genre** : expérience intime profondément ressentie d'appartenance à un genre, qui peut ou non correspondre au sexe attribué à la naissance à la personne concernée.

**Intimidation/brimades** : comportement récurrent visant à porter volontairement préjudice ou à créer un sentiment de malaise par le biais de contacts physiques, d'agressions verbales ou d'actes de manipulation psychologiques. Les actes d'intimidation/brimades découlent d'un déséquilibre des rapports de forces.

**Jeune personne** : personne dont l'âge est compris entre 10 et 24 ans.

**Jeu sérieux** : un « jeu sérieux » ou « jeu appliqué à un contexte » est un jeu (le plus souvent éducatif) dont l'objectif principal n'est pas le divertissement. Les jeux sérieux présentent certaines caractéristiques similaires à celles des simulations, par exemple en termes de narration, mais ont recours à des aspects amusants et compétitifs afin d'augmenter la valeur pédagogique du programme étudié.

**Lesbienne** : personne de sexe féminin principalement attirée sexuellement ou sentimentalement par des personnes de même sexe/genre.

**Méthode pédagogique** : méthode de présentation des contenus éducatifs, y compris l'application de méthodologies diverses reconnaissant que chaque personne répond à des mécanismes d'apprentissage différents et aidant les différents apprenants à appréhender les contenus éducatifs et à apprendre de façon plus efficace.

**Minorités sexuelles** : groupes dont l'identité, l'orientation, les caractéristiques ou les pratiques sexuelles sont différentes de celles de la majorité des personnes, notamment les personnes non hétérosexuelles, transgenres, intersexuées ou variantes.

**Normes ou rôles relatifs au genre** : attitudes et comportements attendus, permis, acceptables, souhaités ou valorisés au sein d'une culture en fonction du sexe (réel ou perçu) d'une personne.

**Orientation sexuelle** : identité sexuelle d'une personne en termes d'attraction sexuelle et/ou sentimentale pour un ou plusieurs sexes/genres, notamment pour les personnes d'un sexe/genre différent (hétérosexualité), du même sexe/genre (homosexualité), de plus d'un sexe/genre (bisexualité ou pansexualité) ou d'aucun (asexualité).

**Pédagogie critique** : approche d'enseignement basée sur les travaux de l'éducateur brésilien Paulo Freire, visant à amener les apprenants marginalisés ou opprimés à remettre en question les dynamiques de pouvoir en vigueur et à les autonomiser, afin qu'ils prennent des décisions susceptibles d'améliorer leurs situations personnelles respectives.

**Personne adolescente** : personne dont l'âge est compris entre 10 et 19 ans. (Un enfant est une personne de moins de 18 ans et une jeune personne est une personne âgée de 10 à 24 ans.)

**Personne agene** : personne ne s'identifiant pas à un genre.

**Personne asexuelle** : personne n'éprouvant aucune attirance sexuelle pour les autres personnes et ayant un intérêt réduit, voire inexistant, pour les pratiques sexuelles.

**Personne bisexuelle** : personne attirée par les personnes appartenant à plus d'un genre.

**Personne cisgenre** : personne dont l'identité de genre correspond au sexe qui lui a été attribué à la naissance.

**Personne homosexuelle** : personne principalement attirée sexuellement ou sentimentalement par des personnes de même sexe/genre.

**Personne intersexuée** : personne née avec des caractéristiques relatives à son sexe biologique (notamment parties génitales, gonades et caryotype) ne correspondant pas aux définitions binaires générales applicables au corps des hommes et des femmes. « Intersexuation » est un terme générique utilisé pour décrire une large gamme de variations corporelles naturelles.

**Personne non binaire** : personne dont l'identité de genre n'est pas exclusivement masculine ou féminine.

**Personne pansexuelle** : personne sexuellement et/ou sentimentalement attirée par les personnes appartenant à toutes les identités de genre.

**Personnes handicapées** : personnes présentant des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables qui, en interaction avec divers obstacles, peuvent faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société, à égalité avec les autres personnes.

**Personne transgenre** : personne dont la perception intime de son genre (identité de genre) diffère du sexe qui lui a été attribué à la naissance. Les personnes transgenres peuvent s'identifier comme homme, femme, combinaison de genres ou n'appartenant à aucun genre.

**Placement en détention** : privation de liberté personnelle, à l'exception des cas où celle-ci résulte d'une condamnation consécutive à une infraction (emprisonnement).

**Populations autochtones** : habitants originels d'une région donnée (par opposition aux groupes ayant occupé ou colonisé celle-ci plus récemment) ayant conservé des caractéristiques socioculturelles différentes de celles de la culture dominante des sociétés au sein desquelles ils vivent.

**Populations à risque** : groupes de population particulièrement exposés à la contamination par le VIH, notamment gays et HSH, travailleurs du sexe, personnes transgenres, utilisateurs de drogues injectables, prisonniers et personnes placées en détention.

**Programme d'études** : document définissant les objectifs pédagogiques, les normes, les contenus, les unités et les leçons/sessions d'un cours ou d'un programme éducatif spécifique.

**Protection de la confidentialité/vie privée** : état/condition autorisant une personne à être libre de toute forme d'observation ou de perturbation par d'autres personnes. Le droit à la confidentialité est le droit d'être libre de toute interférence ou intrusion, notamment des interventions injustifiées ou excessives de l'État ou d'autres personnes.

**Réduction des préjudices** : stratégies visant à réduire les conséquences négatives des comportements humains potentiellement préjudiciables, tels que la consommation de drogues ou la multiplication des partenaires sexuels, plutôt que d'éliminer le comportement lui-même.

**Santé reproductive** : état de bien-être général, à la fois physique, mental et social, concernant toutes les questions relatives au système reproductif (et non seulement absence d'infirmité ou de maladie affectant celui-ci). La santé reproductive englobe l'ensemble des processus, fonctions et systèmes liés à la reproduction à toutes les étapes de la vie et implique que les individus puissent avoir une vie sexuelle satisfaisante, procréer librement, décider de l'opportunité d'avoir des enfants et, si tel est le cas, du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir et du moment de leur naissance.

**Santé sexuelle** : état de bien-être physique, mental et social associé à la sexualité (et non seulement absence d'infirmité, de dysfonctionnement ou de maladie à caractère sexuel). Une bonne santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles. Il est également essentiel d'avoir la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables, sûres et exemptes de toute forme de discrimination, de coercition et de violence. L'accès à une bonne santé sexuelle et sa préservation sont consubstantiels au respect, à la protection et à l'exercice libre des droits sexuels de chacun.

**Sexe** : caractéristiques biologiques et physiologiques (génétiques, endocriniennes et anatomiques) utilisées afin de catégoriser les personnes en tant qu'hommes ou en tant que femmes.

**Situations d'urgence et crises humanitaires** : événements ou série d'événements (conflits armés, épidémies, catastrophes naturelles, famines, etc.) menaçant la santé, le bien-être ou la sécurité d'une communauté ou d'un groupe important de personnes.

**Stigmatisation** : opinions ou jugements négatifs formulés par des personnes ou une société entière à l'égard d'une personne ou d'un groupe. La discrimination est une conséquence de la stigmatisation.

**Transphobie** : sentiment de peur, d'inconfort, d'intolérance ou de haine concernant les personnes transgenres ou perçues comme telles.

**Variance de genre** : absence d'adhésion aux rôles, normes et expressions standard/attendus d'un genre donné ou d'une personne appartenant à ce genre.

**Violence** : action explicite ou symbolique ayant pour conséquence réelle ou probable un préjudice physique, sexuel ou psychologique.

**Violence basée sur le genre** : violence dirigée contre une personne sur la base d'une discrimination fondée sur le genre, d'attentes concernant les rôles des différents genres ou de stéréotypes relatifs au genre, ou sur la différence en termes de pouvoir associée au genre, ayant pour conséquence avérée ou probable une souffrance ou un préjudice physique, sexuel ou psychologique.

**Violence homophobique** : actes de violence perpétrés à l'encontre d'une personne homosexuelle ou perçue comme telle.

**Violence transphobique** : actes de violence perpétrés à l'encontre d'une personne transgenre ou variante (ou perçue comme telle).

# International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School CSE

## Annex – References

ABAAD Resource Center for Gender Equality. (2016). *Capacity Needs and Resources of Mental Health Practitioners in Syria: Rapid Participatory Assessment*. Beirut: ABAAD. Available at: <https://www.abaadmena.org/documents/ebook.1478606836.pdf>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2018). *Healthy Relationships, Healthy Communities Curriculum: Incorporating Mental Health, Social Norms and Advocacy Approaches to Reduce Intimate Partner Abuse*. Beirut: ABAAD. Available at: <https://www.abaadmena.org/documents/ebook.1540211419.pdf>. Accessed in October 2019.

Abramsky, Tanya et al. (2014). Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Medicine*, vol. 12, 122. doi: 10.1186/s12916-014-0122-5.

\_\_\_\_\_ (2016). Ecological pathways to prevention: how does the SASA! community mobilisation model work to prevent physical intimate partner violence against women? *BMC Public Health*, vol. 16, 339. doi: 10.1186/s12889-016-3018-9.

Action for Children (2016). *A Guide to Supporting Trans Children and Young People*. Watford (UK): Action for Children.

Addlakha, Renu, Janet Price, and Shirin Heidari. (2017). Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. *Reproductive Health Matters*, vol. 25, No. 50, pp. 4-9.

Aderemi, Toyin J. (2014). Teachers' perspectives on sexuality and sexuality education of learners with intellectual disabilities in Nigeria. *Sexuality and Disability*, vol. 32, No. 3, pp. 247-58.

Aderemi, Toyin J., Basil J. Pillay, and Tonya M. Esterhuizen. (2013). Differences in HIV knowledge and sexual practices of learners with intellectual disabilities and non-disabled learners in Nigeria. *Journal of the International AIDS Society*, vol. 16, No. 1, 17331. doi: 10.7448/IAS.16.1.17331.

Advocates for Youth. (2002). *Parents and Advocates for Comprehensive Sexuality Education in Schools*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.

\_\_\_\_\_ (2016). *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LBGT) Youth in the Global South: The Facts*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.

Agenda for Humanity. (2016). Initiative: Compact for Young People in Humanitarian Action Summary. Available at: <https://www.agendaforhumanity.org/initiatives/3829>. Accessed in October 2019.

Alberta Health Services. (2017). *Sexual Health Education for Students with Differing Abilities*. Calgary: Alberta Health Services.

Alliance of Girls' Schools Australasia (AGSA). (2016). Single-sex Education for Girls: The Research. Available at: <https://www.agsa.org.au/why-a-girls-school-the-research/>. Accessed in October 2019.

Alves Peres, Camila, et al. (2002). Developing an AIDS prevention intervention for incarcerated male adolescents in Brazil. *AIDS Education and Prevention*, vol. 14, No. 5, Supplement B, pp. 36-44.

Anarchist Zine Library. (n.d.) *Transcending Anatomy #1: A Guide to Bodies and Sexuality for Partners of Trans People*. Anarchist Zine Library. Available at: <http://azinelibrary.org/zines/Transcending-Anatomy-1-A-Guide-to-Bodies-and-Sexuality-for-Partners-of-Trans-People>. Accessed in October 2019.

Anderson, RaeAnn E., Timothy J. Geier, and Shawn P. Cahill. (2016). Epidemiological associations between posttraumatic stress disorder and incarceration in the National Survey of American Life. *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 26, No. 2, pp. 110-23.

Aninanya, Gifty A. et al. (2015). Effects of an adolescent sexual and reproductive health intervention on health service usage by young people in northern Ghana: a community-randomised trial. *PLoS One*, vol. 10, No. 4, e0125267. doi: 10.1371/journal.pone.0125267.

APA (American Psychological Association) (2008). *Children and Trauma: Update for Mental Health Professionals*. Washington, D.C.: APA. Available at: <https://www.apa.org/pi/families/resources/update.pdf>. Accessed in October 2019.

APN+ (Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS). (2013). *Lost in Transitions: Current issues faced by adolescents living with HIV in Asia Pacific*. Bangkok: APN+.

APTAN (Asia Pacific Transgender Network). (2016). *APTAN Fact Sheets: Being Trans in Asia and the Pacific*. Bangkok: APTAN.

AUB (American University of Beirut), and UNICEF (2015). *Good Practices in Adolescent and Youth Programming*. Available at: [https://goodpracticessite.files.wordpress.com/2016/03/1-good-practices\\_compressed1.pdf](https://goodpracticessite.files.wordpress.com/2016/03/1-good-practices_compressed1.pdf). Accessed in October 2019.

Aung, Poe Poe et al. (2017). Effectiveness of an integrated community- and clinic-based intervention on HIV testing, HIV knowledge, and sexual risk behavior of young men who have sex with men in Myanmar. *Journal of Adolescent Health*, vol. 60, No. 2, pp. S45-S53.

Australian Government: Australian Institute of Health and Welfare. (2018). Youth Justice. Available at: <https://www.aihw.gov.au/reports-statistics/health-welfare-services/youth-justice/overview>. Accessed in October 2019.

Austrian, Karen et al. (2018). *Adolescent Girls Empowerment Programme: Endline Technical Report*. Lusaka: Population Council.

AVAC (Global Alliance for HIV Prevention), ATHENA Network, Salamander Trust. (2017). *Key Barriers to Women's Access to HIV Treatment: A Global Review*. New York: UN Women.

AVERT (AIDS Virus Education and Research Trust). (2018). Young People, HIV and AIDS. Available at: [https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/young-people#footnoteref108\\_9wmeeo7](https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/young-people#footnoteref108_9wmeeo7). Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2019). People Who Inject Drugs, HIV and AIDS. Available at: <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/people-inject-drugs>. Accessed in October 2019.

Bailey, Julia V. et al. (2010). Interactive computer-based interventions for sexual health promotion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 9, Cd006483.

\_\_\_\_\_ (2012). Computer-based interventions for sexual health promotion: systematic review and meta-analyses. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 23, No. 6, pp. 408-13.

Bandiera, Oriana et al. (2020). Women's empowerment in action: evidence from a randomized control trial in Africa. *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 12, No. 1, pp. 210-59.

Banister, Elizabeth M., and Deborah L. Begoray. (2006). A community of practice approach for Aboriginal girls' sexual health education. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 15, No. 4, pp. 168-73.

Barker, Gary, Christine Ricardo, and Marcos Nascimento. (2007). *Engaging Men and Boys in Changing Gender-Based Inequity in Health: Evidence from Programme Interventions*. Geneva: WHO.

Barker, Gary et al. (2010). Questioning gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact. *Global Public Health*, vol. 5, No. 5, pp. 539-53.

- Baral, Stefan D. et al. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 13, No. 3, pp. 214-22.
- Baxley, Diann L., and Anna L. Zendell. (2011). *Sexuality across the Lifespan for Children and Adolescents with Developmental Disabilities: An Instructional Guide for Parents/Caregivers of Individuals with Developmental Disabilities*. Florida Developmental Disabilities Council, Inc. Available at: <https://www.fddc.org/sites/default/files/file/publications/Sexuality%20Guide-Parents-English.pdf>. Accessed in October 2019.
- Baryamutuma, Rose, and Florence Baingana. (2011). Sexual, reproductive health needs and rights of young people with perinatally acquired HIV in Uganda. *African Health Sciences*, vol. 11, No. 2, pp. 211-18.
- Baum, Fran, Colin MacDougall, and Danielle Smith. (2006). Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, No. 10, pp. 854-57.
- Bekker, Linda-Gail and Sybil Hosek. (2015). HIV and adolescents : focus on young key populations. *Journal of the International AIDS Society*, vol. 18, No.2, Supplement 1, 20076.
- Benjet, Corina et al. (2015). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, vol. 46, No. 2, pp. 327-43.
- Blackless, Melanie et al. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, vol. 12, No. 2, pp. 151-66.
- Blum, Robert W., Kristin Mmari, and Caroline Moreau. (2017). It begins at 10: how gender expectations shape early adolescence around the world. *Journal of Adolescent Health*, vol. 61, No. 4, pp. S3-S4.
- BMA (British Medical Association). (2014). *Young lives behind bars: The health and human rights of children and young people detained in the criminal justice system*. London: BMA.
- Boehning, Alison. (2006). Sex education for students with disabilities. *Law & Disorder*, No. 1, pp. 59-66.
- Bridges, Emily. (2011). *Young People Living with HIV around the World: Challenges to Health and Well-being Persist*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.
- Broadband Commission for Sustainable Development, ITU, and UNESCO. (2018). *The State of Broadband 2018: Broadband Catalyzing Sustainable Development*. Available at: [http://www.mcit.gov.sg/Publication/Publication\\_Summary/6119](http://www.mcit.gov.sg/Publication/Publication_Summary/6119). Accessed in October 2019.
- Brothers, Jennifer et al. (2016). Young women living with HIV: outcomes from a targeted secondary prevention empowerment pilot trial. *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 30, No. 5, pp. 229-35.
- Brown, Graham, Anne Sorenson, and Janina Hildebrand. (2012). How they got it and how they wanted it: marginalised young people's perspective on their experiences of sexual health education. *Sex Education*, vol. 12, No. 5, pp. 599-612.
- Brown, Jane D., and Kelly L'Engle. (2009). X-rated: Sexual attitudes and behaviours associated with U.S. early adolescents' exposure to sexually explicit media. *Communication Research*, vol. 36. No. 1, pp. 129-51.
- Bryan, Angela D., Sarah J. Schmiege, and Michelle R. Broaddus. (2009). HIV risk reduction among detained adolescents: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, vol. 124, No. 6, pp. e1180-88.
- Bull, Sheana et al. (2009). Effects of an internet-based intervention for HIV prevention: the Youthnet trials. *AIDS and Behavior*, vol. 13, No. 3, pp. 474-87.
- Busza, Joanna et al. (2014). Triple jeopardy: adolescent experiences of sex work and migration in Zimbabwe. *Health & Place*, vol. 28, pp. 85-91.

\_\_\_\_\_ (2016). Underage and underserved: reaching young women who sell sex in Zimbabwe. *AIDS Care*, vol. 28, Supplement 2, pp. 14-20.

Buzwell, Simone, and Doreen Rosenthal. (1996). Constructing a sexual self: adolescents' sexual self-perceptions and sexual risk-taking. *Journal of Research on Adolescence*, vol. 6, No. 4, pp. 489-513.

Campbell, Catherine, and Catherine MacPhail. (2002). Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. *Social Science & Medicine*, vol. 55, No. 2, pp. 331-45.

CARDEA (2016). *A Guide to Trauma-informed Sex Education*. Austin (TX): CARDEA.

Cardoza, Vicky J et al. (2012). Sexual health behavior interventions for U.S. Latino adolescents: a systematic review of the literature. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 25, No. 2, pp. 136-49.

Carroll, Angus, and Lucas Ramon Mendos. (2017). *State-Sponsored Homophobia 2017: A World Survey of Sexual Orientation Laws: Criminalisation, Protection and Recognition*. Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA). Available at: [https://ilga.org/downloads/2017/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2017\\_WEB.pdf](https://ilga.org/downloads/2017/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2017_WEB.pdf). Accessed in October 2019.

Center of Excellence for Transgender Health. (2018). Counting Trans Populations: It's Important to Be Counted! Available at: <https://prevention.ucsf.edu/transhealth/education/data-recs-summary>. Accessed in October 2019.

Chae, Sophia and Thoai D. Ngo. (2017). *The Global State of Evidence on Interventions to Prevent Child Marriage: GIRL Center Research Brief No. 1*. New York: Population Council.

Chandra-Mouli, Venkatraman, Catherine Lane, and Sylvia Wong. (2015a). What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Global Health: Science and Practice*, vol. 3, No. 3, pp. 333-40.

Chandra-Mouli, Venkatraman et al. (2015b). Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, pp. S1-S6.

\_\_\_\_\_. (2017). Implications of the Global Early Adolescent Study's formative research findings for action and for research. *Journal of Adolescent Health*, vol. 61, Supplement 4, pp. S5-S9.

CHANGE. (2009). *Talking about Sex and Relationships: The Views of Young People with Learning Disabilities*. Leeds (UK): CHANGE.

Chappell, Paul et al. (2018). Educators' perceptions of learners with intellectual disabilities' sexual knowledge and behaviour in KwaZulu-Natal, South Africa. *Sex Education*, vol. 18, No. 2, pp. 125-39.

Chersich, Matthew F. et al. (2013). Priority interventions to reduce HIV transmission in sex work settings in sub-Saharan Africa and delivery of these services. *Journal of the International AIDS Society*, vol. 16, No. 1, 17980. doi: 10.7448/IAS.16.1.17980.

Chin, Helen B. et al. (2012). 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*, vol. 42, No. 3, pp. 272-94.

Chirawu, Petronella et al. (2014). Protect or enable? Teachers' beliefs and practices regarding provision of sexuality education to learners with disability in KwaZulu-Natal, South Africa. *Sexuality and Disability*, vol. 32, No. 3, pp. 259-77.

- Christensen, John L. et al. (2013). Reducing shame in a game that predicts HIV risk reduction for young adult MSM: a randomized trial delivered nationally over the Web. *Journal of the International AIDS Society*, vol 16, No. 3, Supplement 2, 18716. doi:10.7448/ias.16.3.18716.
- Clements-Nolle, Kristen et al. (2001). HIV prevalence, risk behaviours, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, vol. 91, No. 6, pp. 915-21.
- Colvin, Christopher J., Oliver Human, and Dean Peacock. (2009). *“It Looks Like Men Are Competing with Rights Nowadays”: Men’s Perceptions of Gender Transformation in South Africa*. Cape Town, South Africa: Sonke Gender Justice Network.
- Commission on Sex in Prison. (2015). *Healthy Sexual Development of Children in Prison: Briefing Paper 4*. London: The Howard League for Penal Reform.
- Connell, Catherine, and Sinikka Elliott. (2009). Beyond the birds and the bees: learning inequality through sexuality education. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 4, No. 2, pp. 83-102.
- Conner, Brendan M., Ayesha Mago, and Sarah Middleton-Lee. (2014). *Sexual and Reproductive Health Needs and Access to Health Services for Adolescents under 18 Engaged in Selling Sex in Asia Pacific*. Amsterdam: HIV Young Leaders Fund.
- Coren, Esther, et al. (2016). Interventions for promoting reintegration and reducing harmful behaviour and lifestyles in street-connected children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 1, Cd009823. doi: 10.1002/14651858.CD009823.pub3.
- Cornish, Fora, and Catherine Campbell. (2009). The social conditions for successful peer education: a comparison of two HIV prevention programmes run by sex workers in India and South Africa. *American Journal of Community Psychology*, vol. 44, Nos. 1-2, pp. 123-35.
- Cousineau, Tara M. et al. (2010). Teaching adolescents about changing bodies: randomized controlled trial of an Internet puberty education and body dissatisfaction prevention programme. *Body Image*, vol. 7, No. 4, pp. 296-300.
- Couwenhoven, Terri. (2007). *Teaching Children with Down Syndrome about Their Bodies, Boundaries, and Sexuality: A Guide for Parents and Professionals*. Bethesda, MD: Woodbine House.
- CRIN (Child Rights International Network). (2015). *Inhuman Sentencing: Life Imprisonment of Children Around the World*. Available at: [https://archive.crin.org/sites/default/files/life\\_imprisonment\\_children\\_global\\_0.pdf](https://archive.crin.org/sites/default/files/life_imprisonment_children_global_0.pdf). Accessed in October 2019.
- Davies, Judith. (1996). *Sexuality Education for Children with Visual Impairments* (doctoral dissertation, Dalhousie University). Available at: <https://www.tsbvi.edu/materials-items/3254-sexuality-education-for-children-with-visual-impairments>. Accessed in October 2019.
- Davis, Teaniese L. et al. (2016). Lessons learned from delivering Imara, an HIV/STI risk reduction intervention for African American girls in juvenile detention. *Health Promotion Practice*, vol. 17, No. 1, pp. 31-39.
- de Reus, Liset et al. (2015). Challenges in providing HIV and sexuality education to learners with disabilities in South Africa: the voice of educators. *Sex Education*, vol. 15, No. 4, pp. 333-47.
- de Vries, Annelou L.C. et al. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, vol. 134, No. 4, pp. 696-704.
- Dearfield, Craig T., Anthony J. Barnum, and Robin H. Pugh-Yi. (2017). Adapting Paulo Freire’s pedagogy for health literacy interventions. *Humanity & Society*, vol. 41, No. 2, pp. 182-208.
- Des Jarlais, Don C., and Salaam Semaan. (2008). HIV prevention for injecting drug users: the first 25 years and counting. *Psychosomatic Medicine*, vol. 70, No. 5, pp. 606-11.

- DeSmet, Ann et al. (2015). A systematic review and meta-analysis of interventions for sexual health promotion involving serious digital games. *Games for Health Journal*, vol. 4, No. 2, pp. 78-90.
- Deutscher Ethikrat [German Ethics Council]. (2012). *Intersexualität: Stellungnahme* [Intersexuality: Position Paper]. Berlin: Deutscher Ethikrat.
- DiClemente, Ralph J et al. (2009). Efficacy of sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus sexual risk-reduction intervention for African American adolescent females seeking sexual health services: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 163, No. 12, pp. 1112-21.
- \_\_\_\_\_ (2014). Efficacy of an HIV/STI sexual risk-reduction intervention for African American adolescent girls in juvenile detention centers: a randomized controlled trial. *Women & Health*, vol. 54, No. 8, pp. 726-49.
- Disabilities Health Research Network. (2009). *PleasureABLE: Sexual Device Manual for Persons with Disabilities*.
- Disabled World. (2017). Disability Sexuality: Sex and the Disabled Information. Available at: <https://www.disabled-world.com/disability/sexuality/>. Accessed in October 2019.
- Doughty, Adam H., and Lindsey M. Kane. (2010). Teaching abuse-protection skills to people with intellectual, disabilities: a review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, vol. 31, No. 2, pp. 331-37.
- Downing, Jennifer et al. (2011). A systematic review of parent and family-based intervention effectiveness on sexual outcomes in young people. *Health Education Research*, vol. 26, No. 5, pp. 808-33.
- Downs, Julie S. et al. (2015). Behavioural decision research intervention reduces risky sexual behaviour. *Current HIV Research*, vol. 13, No. 5, pp. 439-46.
- Doyle, Aoife M. et al. (2010). Long-term biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: follow-up survey of the community-based MEMA kwa Vijana Trial. *PLoS Medicine*, vol. 7, No. 6, e1000287. doi: 10.1371/journal.pmed.1000287.
- \_\_\_\_\_ (2011). The long-term impact of the MEMA kwa Vijana adolescent sexual and reproductive health intervention: effect of dose and time since intervention exposure. *PLoS ONE*, vol. 6, No. 9, e24866. doi:10.1371/journal.pone.0024866.
- Duby, Zoe, Chipso Natasha Zulu, and Karen Austrian. (2016). *Adolescent Girls Empowerment Programme in Zambia: Qualitative Evaluation Report*. Lusaka: Population Council.
- Dworkin, Shari L., Paul J. Fleming, and Christopher J. Colvin. (2015). The promises and limitations of gender-transformative health programming with men: critical reflections from the field. *Culture, Health & Sexuality*, vol. 17, Supplement 2, pp. 128-43.
- Dworkin, Shari L., Sarah Treves-Kagan, and Sheri A. Lippman. (2013). Gender-transformative interventions to reduce HIV risks and violence with heterosexually-active men: a review of the global evidence. *AIDS and Behavior*, vol. 17, No. 9, pp. 2845-63.
- Dwyer, R. Gregg, and Mary S. Boyd. (2009). Sex education for male adolescent sex offenders in a group setting led by general psychiatry residents: a literature review and example in practice. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 4, Nos. 3-4, pp. 208-24.
- Eastgate, Gillian. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Pública de México*, vol. 50, pp. s255-59.
- Edlin, Brian R. et al. (2005). Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 40, Supplement 5, pp. S276-85.

Eison, Kaile, and Heakyung Kim. (2018). HIV in Children and Adolescents. PM&R KnowledgeNow. Available at: <https://now.aapmr.org/hiv-in-children-and-adolescents/>. Accessed in October 2019.

Ellery, Frances, Gerison Lansdown, and Corinna Csáky. (2011). *Out from the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities*. London: Save the Children UK, and Handicap International.

Ellsberg, Mary et al. (2015). Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *The Lancet*, vol. 385, No. 9977, pp. 1555-66.

Engel, Danielle Marie Claire et al. (2019). A package of sexual and reproductive health and rights interventions – what does it mean for adolescents? *Journal of Adolescent Health*, vol. 65, No. 6, Supplement, pp. S41-50.

EngenderHealth, GNP+, ICW (International Community of Women Living with HIV/AIDS), IPPF, UNAIDS, and Young Positives. (2009.) *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living With HIV: A Guidance Package*. Amsterdam: GNP+.

Erulkar, Annabel S., and Eunice Muthengi. (2007). *Evaluation of Berhane Hewan: A Pilot Program to Promote Education & Delay Marriage in Rural Ethiopia*. New York: Population Council.

\_\_\_\_\_ (2009). Evaluation of Berhane Hewan: a program to delay child marriage in rural Ethiopia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35, No. 1, pp. 6-14.

Erulkar, Annabel S. et al. (2013). Evaluation of “Biruh Tesfa” (Bright Future) program for vulnerable girls in Ethiopia. *Vulnerable Children and Youth Studies*, vol. 8, No. 2, pp. 182-92.

Esmail, Shaniff et al. (2010a). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and Rehabilitation*, vol. 32, No. 14, pp. 1148-55.

\_\_\_\_\_ (2010b). *Best-Practice: Sexuality Education for Children and Youth with Physical Disabilities: Developing a Curriculum Based on Lived Experiences*. Canadian Council on Learning. Available at: [http://en.copian.ca/library/research/ccl/best\\_practice/best\\_practice.pdf](http://en.copian.ca/library/research/ccl/best_practice/best_practice.pdf). Accessed in October 2019.

European Commission Directorate-General for Justice. (2012). *Trans and Intersex People: Discrimination on the Grounds of Sex, Gender Identity and Gender Expression*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union.

Every Woman Every Child. (2017). *Technical Guidance for Prioritizing Adolescent Health*.

Faulkner, Monica, and Lisa Schergen. (2014). *Trauma Informed Sex Education*. Child and Family Research Institute at the University of Texas at Austin, and Cardea Services. Available at: [https://www.hhs.gov/ash/oah/sites/default/files/ash/oah/oah-initiatives/teen\\_pregnancy/training/Assests/2014%20Conference/trauma\\_informed\\_sexed.pdf](https://www.hhs.gov/ash/oah/sites/default/files/ash/oah/oah-initiatives/teen_pregnancy/training/Assests/2014%20Conference/trauma_informed_sexed.pdf). Accessed in October 2019.

Fava, Nicole M., and Laina Y. Bay-Cheng. (2013). Trauma-informed sexuality education: recognising the rights and resilience of youth. *Sex Education*, vol. 13, No. 4, pp. 383-94.

Felitti, Vincent J. et al (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, No. 4, pp. 245-58.

Fellmeth, Gracia L.T. et al. (2013). Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 6, Cd004534. doi: 10.1002/14651858.CD004534.pub3.

FHI 360. (2010). *Evidence-based Guidelines for Youth Peer Education*. Washington, D.C.: FHI 360.

Fields, Jessica, and Signy Toquinto. (2017). Sexuality education in the context of mass incarceration: interruptions and entanglements. In *The Palgrave Handbook of Sexuality Education*, Louisa Allen and Mary Lou Rasmussen, eds. London: Palgrave Macmillan.

Fields, Jessica et al. (2008). Learning from and with incarcerated women: emerging lessons from a participatory action study of sexuality education. *Sexuality Research & Social Policy*, vol. 5, No. 2, pp. 71-84.

Firestone, Rebecca, et al. (2016). Intensive group learning and on-site services to improve sexual and reproductive health among young adults in Liberia: a randomized evaluation of *HealthyActions*. *Global Health: Science and Practice*, vol. 4, No. 3, pp. 435-51.

Fisher, Christopher M. (2009). Queer youth experiences with abstinence-only-until-marriage sexuality education: "I can't get married so where does that leave me?" *Journal of LGBT Youth*, vol. 6, No. 1, pp. 61-79.

Florida Developmental Disabilities Council. (2011). *Sexuality across the Lifespan for Children and Adolescents with Developmental Disabilities*. Tallahassee (FL): Florida Developmental Disabilities Council.

Fox, Madeline et al. (2010). Critical youth engagement: participatory action research and organizing. In *Handbook of Research on Civic Engagement in Youth*, Lonnie R. Sherrod, Judith Torney-Purta, and Constance A. Flanagan, eds. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Freudenberg, Nicholas et al. (2010). Reducing drug use, HIV risk, and recidivism among young men leaving jail: evaluation of the REAL MEN re-entry programme. *Journal of Adolescent Health*, vol. 47, No. 5, pp. 448-55.

Frontline AIDS. (2015). *Empowering Each Other: Young People Who Sell Sex in Ethiopia – a Case Study from the Link Up Project*. Hove (UK): Frontline AIDS.

Garbutt, Ruth. (2008). Sex and relationships for people with learning disabilities: a challenge for parents and professionals. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, vol. 5, No. 2, pp. 266-77.

Gerhardt, Peter F (n.d.). *Sexuality & Sexuality Instruction with Learners with Autism Spectrum Disorders and Other Developmental Disabilities*. Available at: [https://www.gvsu.edu/cms4/asset/64CB422A-ED08-43F0-F795CA9DE364B6BE/gerhardt\\_sexuality\\_ppt.pdf](https://www.gvsu.edu/cms4/asset/64CB422A-ED08-43F0-F795CA9DE364B6BE/gerhardt_sexuality_ppt.pdf). Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2013). *Puberty, Sexuality, & Adaptive Behaviour with Learners with Autism Spectrum Disorders*. Available at: <https://search.naric.com/research/rehab/documents/O19258%20-%20Power%20Point.pdf>. Accessed in October 2019.

Gibbs, Andrew, Cathy Vaughan, and Peter Aggleton. (2015). Beyond 'working with men and boys': (re)defining, challenging and transforming masculinities in sexuality and health programmes and policy. *Culture, Health & Sexuality*, vol. 17, Supplement 2, pp. 85-95.

Ginevra, Maria Cristina, Laura Nota, and Mark A. Stokes. (2016). The differential effects of autism and Down's syndrome on sexual behaviour. *Autism Research*, vol. 9, No. 1, pp. 131-40.

Girls Not Brides. (2018). *Child Marriage in Humanitarian Settings*. Available at: <https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2016/05/Child-marriage-in-humanitarian-settings.pdf>. Accessed in October 2019.

Girls Not Brides, and Population Council. (2017). *Abriendo Oportunidades ('Opening Opportunities'): Theory of Change Case Study*. Available at: <https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2016/02/Case-Study-Empower-girls-Population-Council-Guatemala.pdf>. Accessed in October 2019.

Global Health Learning Centre. (2013). *mHealth Basics: Introduction to Mobile Technology for Health*. Washington, D.C.: Global Health Learning Centre.

GNP+ (Global Network of People Living with HIV/AIDS), and INPUD (International Network of People who Use Drugs). (2010). *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of Injecting Drug Users Living with HIV: A Policy Briefing*. Available at:

[http://www.inpud.net/Advancing Sexual Reproductive Health Human Rights Injecting Drug Users Living with HIV 2010.pdf](http://www.inpud.net/Advancing_Sexual_Reproductive_Health_Human_Rights_Injecting_Drug_Users_Living_with_HIV_2010.pdf). Accessed in October 2019.

GNP+ (Global Network of People Living with HIV/AIDS), and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Positive Health, Dignity and Prevention: Operational Guidelines*. Geneva and Amsterdam: UNAIDS and GNP+.

Go, Vivian F. et al. (2013). Effects of an HIV peer prevention intervention on sexual and injecting risk behaviours among injecting drug users and their risk partners in Thai Nguyen, Vietnam: a randomized controlled trial. *Social Science & Medicine*, vol. 96, pp. 154-64.

Goesling, Brian et al. (2014). Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, vol. 54, No. 5, pp. 499-507.

Goldberg, Eudice et al. (2009). A human immunodeficiency virus risk reduction intervention for incarcerated youth: a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, vol. 44, No. 2, pp. 136-45.

Gougeon, Nathalie A. (2009). Sexuality education for students with intellectual disabilities, a critical pedagogical approach: outing the ignored curriculum. *Sex Education*, vol. 9, No. 3, pp. 277-91.

Green, Eli. R. (2010). Shifting paradigms: moving beyond “Trans 101” in sexuality education. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 5, No. 1, pp. 1-16.

Greene, Margaret E., and Andrew Levack. (2010). *Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

Growth Engineering. (n.d.) Game Changer: Game-based Learning & the Future of L&D. Available at: <http://www.growthengineering.co.uk/archives-awesome/game-changer-game-based-learning-and-the-future-of-ld/>. Accessed in October 2019.

GSMA. (n.d.) *mHealth Design Toolkit: Ten Principles to Launch, Develop and Scale Mobile Health Services in Emerging Markets*. London: GSMA.

\_\_\_\_\_ (2018). *The Mobile Economy 2018*. London: GSMA.

GSMA Connected Women, and Ipsos. (2018). *GSMA Connected Women: The Mobile Gender Gap Report 2018*. London: GSMA.

Guse, Kylene et al. (2012). Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, vol. 51, No. 6, pp. 535-43.

Haas, Ann P. et al. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, vol. 58, No. 1, pp. 10-51.

Haberland, Nicole A. (2015). The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 41, No. 1, pp. 31-42.

Haberland, Nicole A., and Deborah Rogow. (2015). Sexuality education: emerging trends in evidence and practice. *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, pp. S15-S21.

Hamilton, Carolyn et al. (2011). *Administrative Detention of Children: A Global Report*. New York: United Nations Children’s Fund (UNICEF).

Hanass-Hancock, Jill et al. (2016). Committing to disability inclusion to end AIDS by 2030. *The Lancet HIV*, vol. 3, No. 12, e556-57. doi: 10.1016/S2352-3018(16)30194-1.

\_\_\_\_\_ (2018a). Breaking the silence through delivering comprehensive sexuality education to learners with disabilities in South Africa: educators experiences. *Sexuality and Disability*, vol. 36, No. 2, pp. 105-21.

- \_\_\_\_\_ (2018b). The impact of contextual factors on comprehensive sexuality education for learners with intellectual disabilities in South Africa. *Sexuality and Disability*, vol. 36, No. 2, pp. 123-40.
- Harcourt, Christine, and Basil Donovan. (2005). The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 81, No. 3, pp. 201-06.
- Hardoff, Daniel. (2012). Sexuality in young people with physical disabilities: theory and practice. *Georgian Medical News*, No. 210, pp. 23-26.
- Harrison, Abigail et al. (2010). HIV prevention for South African youth: which interventions work? A systematic review of current evidence. *BMC Public Health*, vol. 10, No. 1, 102. doi: 10.1186/1471-2458-10-102.
- Health Policy Project, APTN (Asia Pacific Transgender Network), and UNDP. (2015). *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Trans Communities in Asia and the Pacific*. Washington, D.C.: Futures Group, Health Policy Project.
- Hergenrather, Kenneth C. et al. (2016). Enhancing HIV prevention among young men who have sex with men: a systematic review of HIV behavioral interventions for young gay and bisexual men. *AIDS Education and Prevention*, vol. 28, No. 3, pp. 252-71.
- Hewett, Paul C et al. (2017). Cluster randomized evaluation of Adolescent Girls Empowerment Programme (AGEP): study protocol. *BMC Public Health*, vol. 17, No. 1, 386. doi: 10.1186/s12889-017-4280-1.
- Hidalgo, Marco A. et al. (2015). The MyPEEPS randomized controlled trial: a pilot of preliminary efficacy, feasibility, and acceptability of a group-level, HIV risk reduction intervention for young men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, vol. 44, No. 2, pp. 475-85.
- Hodson, Katherine E., Catherine Meads, and Susan Bewley. (2017). Lesbian and bisexual women's likelihood of becoming pregnant: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 124, No. 3, pp. 393-402.
- Holland-Hall, Cynthia, and Elizabeth H. Quint (2017). Sexuality and disability in adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, vol. 64, No. 2, pp. 435-49.
- Holstrom, Amelia M. (2015). Sexuality education goes viral: what we know about online sexual health information. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 10, No. 3, pp. 277-94.
- Hope, Ruth. (2012) *Y-PEER Network in EECA Region Evaluation Report*. United Nations Population Fund (UNFPA). Unpublished.
- Howard League for Penal Reform. (2015). *Healthy Sexual Development of Children in Prison*. London: Howard League for Penal Reform.
- Human Rights Watch. (2016). *Human Rights Watch World Report 2016*. New York: Human Rights Watch.
- Hymowitz, Sarah, Ivor Dikkers, and Amalia Anderson. (2003). Study Guide: The Rights of Indigenous Peoples. University of Minnesota Human Rights Center. Available at: <http://hrlibrary.umn.edu/edumat/studyguides/indigenous.html>. Accessed in October 2019.
- ICRC (International Committee of the Red Cross). (2004). *Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children*. Geneva: ICRC.
- IDS (Institute for Development Studies). (n.d.) Participatory Methods: Participatory Action Research. Available at: <https://www.participatorymethods.org/glossary/participatory-action-research>. Accessed in October 2019.
- \_\_\_\_\_ (2014). *Sex Education in the Digital Era*. Brighton (UK): IDS.
- IDS, Promundo and Sonke Gender Justice. (2015) *Engendering Men: A Collaborative Review of Evidence on Men and Boys in Social Change and Gender Equality*. Brighton (UK): IDS.

Igras, Susan M. et al. (2014). Investing in very young adolescents' sexual and reproductive health. *Global Public Health*, vol. 9, No. 5, pp. 555-69.

ILO (International Labour Organization). (2008). *Commercial Sexual Exploitation of Children and Adolescents: The ILO's Response*. Geneva: ILO.

Institute on Community Integration & Research and Training Center on Community Living, University of Minnesota. (2010). *Impact: Feature Issue on Sexuality and People with Intellectual, Developmental and Other Disabilities*. Minneapolis: University of Minnesota.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2010). *Standards for Peer Education Programmes*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

Inter-Agency Support Group on Indigenous Peoples' Issues. (2014). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Indigenous Peoples*.

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG). (2016). Adolescent Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings eLearning. (Website). Available at: <https://iawg.net/resources/course-asrh>. New York: IAWG. Accessed in October 2019.

International Commission on Financing Global Education Opportunity. (2016). *The Learning Generation: Investing in Education for a Changing World*. Available at: <http://report.educationcommission.org/downloads/>. Accessed in October 2019.

IPPF (International Planned Parenthood Federation). (2010). *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE)*. London: IPPF

\_\_\_\_\_ (2015). *Inside and Out: Comprehensive Sexuality Education (CSE) Assessment Tool*. London: IPPF.

\_\_\_\_\_ (2016). *Everyone's Right to Know: Delivering Comprehensive Sexuality Education for All Young People*. London: IPPF.

IPPF, and UNFPA. (2017a). *Global Sexual and Reproductive Health Services Package for Men and Adolescent Boys*. London and New York: IPPF and UNFPA.

IPPF European Network, and UNFPA Eastern Europe and Central Asia Regional Office. (2017b). *Health, Rights and Well-Being: A Practical Tool for HIV and Sexual and Reproductive Health Programmes with Young Key Populations in Eastern Europe and Central Asia*. Brussels and Istanbul: IPPF European Network, and UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia.

IRC (International Rescue Committee). (2016). *My Safety, My Well-being: Equipping Adolescent Girls with Key Knowledge and Skills to Help Them to Mitigate, Prevent and Respond to Gender-Based Violence (GBV)*. New York: IRC.

\_\_\_\_\_ (2017). *A Safe Place to Shine: Creating Opportunities and Raising Voices of Adolescent Girls in Humanitarian Settings*. New York: IRC.

\_\_\_\_\_ (2018). *Girl Shine Program Model and Resource Package*. New York: IRC.

ITU (International Telecommunication Union) (2017). *ICT Facts and Figures 2017*. Geneva: ITU.

Isiugo-Abanihe, Uche C. et al. (2015). Adolescent sexuality and life skills education in Nigeria: to what extent have out-of-school adolescents been reached? *African Journal of Reproductive Health*, vol. 19, No. 1, pp. 101-11.

James, Sandy E. et al. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.

Jejeebhoy, Shireen J. et al. (2014.) *Promoting Parent-Child Interaction and Communication for Healthy Development of Adolescents: Lessons from a Pilot Project in Rural Bihar*. New Delhi: Population Council.

Jewkes, Rachel K., Michael G. Flood, and James Lang. (2015). From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *The Lancet*, vol. 385, No. 9977, pp. 1580-89.

John Snow, Inc. (2014). *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Their Communities in the Caribbean and Other Anglophone Countries*. Boston (MA): John Snow, Inc.

Johns, Rebecca, Paul Chappell, and Jill Hanass-Hancock. (2014). *Breaking the Silence: Accommodating Young People with Disabilities in Sexuality Education*. Durban, South Africa: HEARD.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. (2011). *Go Girls! Community-Based Life Skills for Girls: A Training Manual*. Baltimore (MD): Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs.

Jones, Lisa et al. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, vol. 380, No. 9845, pp. 899-907.

Jones, Nicola, Elizabeth Presler-Marshall, and Maria Stavropoulou. (2018). *Adolescents with Disabilities: Enhancing Resilience and Delivering Inclusive Development*. London: Gender and Adolescence: Global Evidence (GAGE), and Overseas Development Institute (ODI). Available at: <https://www.odi.org/publications/11165-adolescents-disabilities-enhancing-resilience-and-delivering-inclusive-development>. Accessed in October 2019.

K4Health. (2014). *The mHealth Planning Guide: Key Considerations for Integrating Mobile Technology into Health Programmes*. Washington, D.C.: K4Health.

Kågesten, Anna et al. (2016). Understanding factors that shape gender attitudes in early adolescence globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS ONE*, vol. 11, No. 6, e0157805. doi: 10.1371/journal.pone.0157805.

Kajula, Lusajo et al. (2016). Vijana Vijiweni II: a cluster-randomized trial to evaluate the efficacy of a microfinance and peer health leadership intervention for HIV and intimate partner violence prevention among social networks of young men in Dar es Salaam. *BMC Public Health*, No. 16, 113. doi: 10.1186/s12889-016-2774-x.

Kates, Jen. (2014). *The U.S. Government and Global LGBT Health: Opportunities and Challenges in the Current Era*. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Foundation. Available at: <https://www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/the-u-s-government-and-global-lgbt-health-opportunities-and-challenges-in-the-current-era/>. Accessed in October 2019.

Katz, Gregorio, and Eduardo Lazcano-Ponce. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Pública de México*, vol. 50, Supplement 2, pp. S239-54.

Keifer, M.A., and Urooj Arshad. (2016). *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth in the Global South: The Facts*. Washington, D.C.: Advocates for Youth. Available at: <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/Factsheets/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-youth-in-the-global-south.pdf>. Accessed in October 2019.

Kelly, Jeffrey. A. et al. (1992). Community AIDS/HIV risk reduction: the effects of endorsements by popular people in three cities. *American Journal of Public Health*, vol. 82, No. 11, pp. 1483-89.

Kelly, Patricia J. (2005). Practical suggestions for community interventions using participatory action research. *Public Health Nursing*, vol. 22, No. 1, pp. 65-73.

Kerner, Brad et al. (2012). Adolescent sexual and reproductive health in humanitarian settings. *Forced Migration Review*, No. 40, pp. 21-22.

Kerrigan, Deanna L. et al. (2013). Community empowerment among female sex workers is an effective HIV prevention intervention: a systematic review of the peer-reviewed evidence from low- and middle-income countries. *AIDS and Behavior*, vol. 17, No. 6, pp. 1926-40.

Kim, Caron R., and Caroline Free. (2008). Recent evaluations of the peer-led approach in adolescent sexual health education: a systematic review. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34, No. 2, pp. 89-96.

King County (2018). FLASH Lesson Plans for Special Education. Available at: <https://www.kingcounty.gov/depts/health/locations/family-planning/education/FLASH/special-education.aspx>. Accessed in October 2019.

Kinner, Stuart A., and Jesse T. Young. (2018). Understanding and improving the health of people who experience incarceration: an overview and synthesis. *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, No. 1, pp. 4-11.

Kirby, Douglas B., B.A. Laris, and Lori A. Rolleri. (2007). Sex and HIV education programmes: their impact on sexual behaviours of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, vol. 40, No. 3, pp. 206-17.

Kray, Kel. (2015). 9 ways intersex youth want you to support them. Everyday Feminism (website). Available at: <https://everydayfeminism.com/2015/03/9-ways-intersex-youth-want-to-be-supported/>. Accessed in October 2019.

Krishnaratne, Shari et al. (2016). Interventions to strengthen the HIV prevention cascade: a systematic review of reviews. *The Lancet*, vol. 3, No. 7, pp. e307-17.

Kronk, Henry. (2018). Blended Learning is Proving More Effective than Traditional Education. Available at: <https://news.elearninginside.com/blended-learning-is-proving-more-effective-than-traditional-education/>. Accessed in October 2019.

Krupa, Chelsea, and Shaniff Esmail. (2010). Sexual health education for children with visual impairments: talking about sex is not enough. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, vol. 104, No. 6, pp. 327-37.

Kushalnagar, Poorna et al. (2011). Mode of communication, perceived level of understanding, and perceived quality of life in youth who are deaf or hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 16, No. 4, pp. 512-23.

\_\_\_\_\_ (2017). Health Information National Trends Survey in American Sign Language (HINTS-ASL): protocol for the cultural adaptation and linguistic validation of a national survey. *JMIR Research Protocols*, vol. 6, No. 9, e172. doi: 10.2196/resprot.8067.

\_\_\_\_\_ (2018). Critical health literacy in American deaf college students. *Health Promotion International*, vol. 33, No. 5, pp. 827-33.

Lamoureux, Gabrielle. (2014). Hard to hear: access to sexuality resources in deaf communities. *Journal of Interdisciplinary Studies in Sexuality*, vol. 1, pp. 36-44.

Larney, Sarah, et al. (2017). Global, regional and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet Global Health*, vol. 5, No. 12, pp. E1208-20.

LaVeaux, Deborah, and Suzanne Christopher. (2009). Contextualizing CBPR: key principles of CBPR meet the Indigenous research context. *Pimatisiwin*, vol. 7, No. 1, 1.

LeCroy, Craig W. et al. (2017). Go Grrrls: a randomized controlled trial of a gender-specific intervention to reduce sexual risk factors in middle school females. *Health Education & Behavior*, vol. 45, No. 2, pp. 286-94.

Levtov, Ruti G. et al. (2014). Pathways to gender-equitable men: findings from the International Men and Gender Equality Survey in eight countries. *Men and Masculinities*, vol. 17, No. 5, pp. 467-501.

Liddle, Howard A. et al. (2011). Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy–Detention To Community: a reintegration programme for drug-using juvenile detainees. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 55, No. 4, pp. 587-604.

- Lindley, Lisa L., and Katrina M. Walsemann. (2015). Sexual orientation and risk of pregnancy among New York City high-school students. *American Journal of Public Health*, vol. 105, No. 7, pp. 1379-86.
- Lundgren, Rebecka, and Avni Amin. (2015). Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, pp. S42-S50.
- MacDonald, Cathy. (2012). Understanding participatory action research: a qualitative research methodology option. *Canadian Journal of Action Research*, vol. 13, No. 2, pp. 34-50.
- MacPherson, Peter et al. (2015). Service delivery interventions to improve adolescents' linkage, retention and adherence to antiretroviral therapy and HIV care. *Tropical Medicine & International Health*, vol. 20, No. 8, pp. 1015-32.
- Manlove, Jennifer, Heather Fish, and Kristin Anderson Moore. (2015). Programmes to improve adolescent sexual and reproductive health in the US: a review of the evidence. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, vol. 6, pp. 47-79.
- Marcus, Rachel, Nandini Gupta-Archer, Madeleine D'Arcy, and Ella Page. (2017). *GAGE Rigorous Review: Girls' Clubs, Life Skills Programmes and Girls' Well-being Outcomes*. London: Overseas Development Institute.
- Marsch, Lisa. A. et al. (2011). Computer-assisted HIV prevention for youth with substance use disorders. *Substance Use & Misuse*, vol. 46, No. 1, pp. 46-56.
- \_\_\_\_\_ (2015). Comparative effectiveness of web-based vs. educator-delivered HIV prevention for adolescent substance users: a randomized, controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 59, pp. 30-37.
- MarshMedia. (2007). *Human Sexuality Education for Students with Special Needs*. Shawnee Mission (KS): MarshMedia.
- Marvel, Françoise et al. (2009). Multidimensional family therapy HIV/STD risk-reduction intervention: an integrative family-based model for drug-involved juvenile offenders. *Family Process*, vol. 48, No. 1, pp. 69-84.
- Mason, H. (2003). *Peer Education: Promoting Healthy Behaviors*. Washington D.C.: Advocates for Youth. Available at: <https://www.advocatesforyouth.org/wp-content/uploads/storage/advfy/documents/fspeered.pdf>. Accessed in October 2019.
- Massachusetts Department of Public Health. (2014). *Healthy Relationships, Sexuality and Disability: Resource Guide 2014 Edition*. Boston: Massachusetts Department of Public Health.
- Matthews, Catherine. (2014). Critical pedagogy in health education. *Health Education Journal*, vol. 73, No. 5, pp. 600-09.
- McInerney, Peter. (2009). Toward a critical pedagogy of engagement for alienated youth: insights from Freire and school-based research. *Critical Studies in Education*, vol. 50, No. 1, pp. 23-35.
- Meador, Nick et al. (2010). Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 1, Cd007192.
- Medley, Amy et al. (2009). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Education and Prevention*, vol. 21, No. 3, pp. 181-206.
- Melbourne Graduate School of Education. Creating Connections. (Website). Available at: <https://education.unimelb.edu.au/research/projects/creating-connections>. Accessed in October 2019.
- Michau, Lauri et al. (2015). Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *The Lancet*, vol. 385, No. 9978, pp. 1672-84.

Milhausen, Robin R. et al. (2008). Frequency of sex after an intervention to decrease sexual risk-taking among African-American adolescent girls: results of a randomized, controlled clinical trial. *Sex Education*, vol. 8, No. 1, pp. 47-57.

Mizunoya, Suguru, Sophie Mitra, and Izumi Yamasaki. (2016). *Towards Inclusive Education: The Impact of Disability on School Attendance in Developing Countries*. Innocenti Working Paper No. 2016-03. Florence, Italy: UNICEF Office of Research.

Mohajer, Nicole, and Jaya Earnest. (2010). The challenge of low literacy in health promotion: using empowerment methods with out-of-school adolescents in North India. *Vulnerable Children and Youth Studies*, vol. 5, No. 1, pp. 88-96.

Moin, Victor, Ilana Duvdevany, and Daniela Mazor. (2009). Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Sexuality and Disability*, vol. 27, No. 2, pp. 83-95.

Moore, Lizzie et al. (2014). Community empowerment and involvement of female sex workers in targeted sexual and reproductive health interventions in Africa: a systematic review. *Globalization and Health*, vol. 10, No. 1, 47. doi: 10.1186/1744-8603-10-47.

Moore, Tim, Morag McArthur, and Vicky Saunders. (2013). Young people talk about transitioning from youth detention to the community: making good. *Australian Social Work*, vol. 66, No. 3, pp. 328-43.

Morrison-Beedy, Diane, Denise Passmore, and Michael P. Carey. (2013). Exit interviews from adolescent girls who participated in a sexual risk-reduction intervention: implications for community-based, health education promotion for adolescents. *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 58, No. 3, pp. 313-20.

Moss, Kate, and Robbie Blaha. (2001). *Introduction to Sexuality Education for Individuals Who Are Deaf-Blind and Significantly Developmentally Delayed*. Monmouth, Oregon: DB-Link – The National Information Clearinghouse on Children Who Are Deaf-Blind.

Mouttapa, Michele et al. (2009). Substance use and HIV prevention for youth in correctional facilities. *Journal of Correctional Education*, vol. 60, No. 4, pp. 289-315.

MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights. (2018). *Out With It: HIV and Other Sexual Health Considerations for Youth Men Who Have Sex with Men*. Oakland (CA): Mpact.

Murphy, Nancy A., and Ellen R. Elias. (2006). Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics*, vol. 118, No. 1, pp. 398-403.

Mustanski, Brian et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of an online HIV prevention programme for diverse young men who have sex with men: the keep it up! intervention. *AIDS and Behavior*, vol. 17, No. 9, pp. 2999-3012.

Muthengi Karei, Eunice, and Annabel S. Erulkar. (2010). *Building Programmes to Address Child Marriage: The Berhane Hewan Experience in Ethiopia*. New York: Population Council and UNFPA.

Namy, Sophie, et al. (2014). *Be a Man, Change the Rules! Findings and Lessons from Seven Years of CARE International Balkans' Young Men Initiative*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women (ICRW).

\_\_\_\_\_ (2015). Changing what it means to 'become a man': participants' reflections on a school-based programme to redefine masculinity in the Balkans. *Culture, Health & Sexuality*, vol. 17, Supplement 2, pp. 206-22.

National Aboriginal Youth Council on HIV/AIDS (NAYCH). (2014). *Beyond "At Risk": Looking 7 Generations Ahead*. Unpublished manuscript.

National Development Team for Inclusion. (2016). *Supporting People with Learning Disabilities to Develop Sexual and Romantic Relationships*. Bath (UK): National Development Team for Inclusion.

Native Youth Sexual Health Network. (n.d.) *Indigenizing Harm Reduction*. Toronto (Ontario): Native Youth Sexual Health Network.

Nayar, Usha S. et al. (2014). Reducing stigma and discrimination to improve child health and survival in low- and middle-income countries: promising approaches and implications for future research. *Journal of Health Communication*, vol. 19, Supplement 1, pp. 142-63.

Nemoto, Tooru et al. (2006). Need for HIV/AIDS education and intervention for MTF transgenders: responding to the challenge. *Journal of Homosexuality*, vol. 51, No. 1, pp. 183-201.

New Jersey Department of Health and Senior Services. (n.d.) *Being Out, Staying Safe: An STD Prevention Curriculum of Lesbian, Gay, Bisexual and Queer Teens*. Trenton (NJ): New Jersey Department of Health and Senior Services.

New South Wales Department of Family and Community Services (FACS). (2016). *Supporting Sexuality: Practice Guide for Practitioners who Support People with Disability*. Sydney: FACS.

Noar, Seth M. (2011). Computer technology-based interventions in HIV prevention: state of the evidence and future directions for research. *AIDS Care*, vol. 23, No. 5, pp. 525-33.

Noar, Seth M., Hulda G. Black, and Larson B. Pierce. (2009). Efficacy of computer technology-based HIV prevention interventions: a meta-analysis. *AIDS*, vol. 23, No. 1, pp. 107-15.

Nobelius, Ann-Maree et al. (2010). Sexual and reproductive health information sources preferred by out-of-school adolescents in rural southwest Uganda. *Sex Education*, vol. 10, No. 1, pp. 91-107.

NSWP (Global Network of Sex Work Projects). (2016a). *Policy Brief: Young Sex Workers*. Edinburgh: NSWP.

\_\_\_\_\_ (2016b). *Research for Sex Work 15: Resistance and Resilience*. Edinburgh: NSWP.

Nugroho, Adie et al. (2017). Behavioral interventions to reduce HIV risk behavior for MSM and transwomen in Southeast Asia: a systematic review. *AIDS Care*, vol. 29, No. 1, pp. 98-104.

OHCHR (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights). (n.d.). *Children Deprived of Liberty – The United Nations Global Study*. Available at: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/StudyChildrenDeprivedLiberty/Pages/Index.aspx>. Accessed in October 2019.

Onyango, Monica A et al. (2012). *“It’s All About Making a Life”: Young Female Sex Workers Vulnerability to HIV and Prevention Needs in Kumasi, Ghana: A Qualitative Study*. Boston, MA: Boston University Center for Global Health and Development.

Onyeonoro, Ugochukwu U. et al. (2011). Sources of sex information and its effects on sexual practices among in-school female adolescents in Osisioma Ngwa LGA, south east Nigeria. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 24, No. 5, pp. 294-99.

Oosterhoff, Pauline, Catherine Müller, and Kelly Shephard, eds. (2017) Sex Education in the Digital Era. *IDS Bulletin*, vol. 48, No. 1, pp. 1-128.

Operario, Don, Toho Soma, and Kristen Underhill. (2008). Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 48, No. 1, pp. 97-103.

Organisation Intersex International Europe (OII Europe). (2018). *Supporting Your Intersex Child: A Parents’ Toolkit*. Berlin: OII Europe.

Organisation Intersex International United States (OII United States). (2012). *Brief Guidelines for Intersex Allies*. OII United States. Available at: <https://www.intersexequality.com/wp-content/uploads/2012/10/Brief-Guidelines-for-Intersex-Allies.pdf>. Accessed in October 2019.

Ottisova, Livia et al. (2018). Psychological consequences of child trafficking: an historical cohort study of trafficked children in contact with secondary mental health services. *PLoS ONE*, vol. 13, No. 3, e0192321. doi: 10.1371/journal.pone.0192321.

PACT. (2016). Agenda for Humanity: Compact for Young People in Humanitarian Action (website). Available at: <https://www.agendaforhumanity.org/initiatives/3829>. Accessed in October 2019.

PAHO (Pan American Health Organization). (2011). *Investing in Indigenous Young People to Achieve Healthy Populations*. Washington, D.C.: PAHO. Available at: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=rdfmore&cid=6352&item=cultural-diversity-health&type=scientific\\_technical&Itemid=40949&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdfmore&cid=6352&item=cultural-diversity-health&type=scientific_technical&Itemid=40949&lang=en). Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2018.) *Health Plan for Indigenous Youth in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: PAHO. Available at: <https://www.paho.org/en/file/47668/download?token=r925d42o>. Accessed in October 2019.

Parrott, Yolán, and Shaniff Esmail. (2010). Burn survivors' perceptions regarding relevant sexual education strategies. *Health Education*, vol. 110, No. 2, pp. 84-97.

Parsons, Jeffrey T. et al. (2014). A randomized controlled trial utilizing motivational interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 82, No. 1, pp. 9-18.

Peacock, Dean, and Gary Barker. (2014). Working with men and boys to prevent gender-based violence: principles, lessons learned, and ways forward. *Men and Masculinities*, vol. 17, No. 5, pp. 578-99.

Perkins School for the Blind. (2014a). Addressing Issues of Sexuality with Participants Who Are Visually Impaired. (Video). Watertown (MA): Perkins School for the Blind.

\_\_\_\_\_ (2014b). *Resource List for Teaching People with Sensory Disabilities Social Skills and Sexuality Education*. Watertown (MA): Perkins School for the Blind.

Poobalan, Amudha S et al. (2009). Characteristics of effective interventions in improving young people's sexual health: a review of reviews. *Sex Education*, vol. 9, No. 3, pp. 319-36.

Pop, Meda V. and Alina S. Rusu. (2015). The role of parents in shaping and improving the sexual health of children – lines of developing parental sexuality education programmes. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, vol. 209, pp. 395-401.

Population Council. (2006). *Yaari Dosti: Young Men Redefine Sexuality*. Washington, D.C.: Population Council. Available at: <https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/horizons/yaaridostieng.pdf>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2008). *Sakhi Saheli: Promoting Gender Equity and Empowering Young Women – a Training Manual*. Washington, D.C.: Population Council. Available at: [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/horizons/India\\_SakhiSaheli\\_Eng.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/horizons/India_SakhiSaheli_Eng.pdf). Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2009). *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education*. Washington, D.C.: Population Council. Available at: <https://www.popcouncil.org/research/its-all-one-curriculum-guidelines-and-activities-for-a-unified-approach-to->. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2016a). *An Integrated Peer Outreach and Clinic-based Intervention to Improve the Sexual Health of Young Men Who Have Sex with Men in Myanmar: A Link Up Evaluation*. Washington, D.C.: Population Council. Available at: [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016HIV\\_LinkUp\\_MyanmarEndlineBrief.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016HIV_LinkUp_MyanmarEndlineBrief.pdf). Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2016b). *Building Girls' Protective Assets: A Collection of Tools for Program Design*. Washington, DC: Population Council. Available at: <https://www.popcouncil.org/research/building-girls-protective-assets-a-collection-of-tools-for-program-design>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2016c). *Impact of Peer Education and On-site Clinical Services for Female Sex Workers in Bangladesh Brothels: A Link Up Evaluation Study*. Washington, D.C.: Population Council. Available at: [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016HIV\\_LinkUp\\_BangladeshFSWsBrief.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016HIV_LinkUp_BangladeshFSWsBrief.pdf). Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2017). *Abriendo Oportunidades Program: Integrated Curriculum Guide*. Washington, DC: Population Council. Available at: <https://www.popcouncil.org/research/abriendo-oportunidades-program-integrated-curriculum-guide>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2018). *Delivering Impact for Adolescent Girls: Emerging Findings from Population Council Research*. Washington, DC: Population Council. Available at: [https://www.popcouncil.org/uploads/resources/2018PGY\\_GIRLCenterSynthesis.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/resources/2018PGY_GIRLCenterSynthesis.pdf). Accessed in October 2019.

Pretorius, Leandri et al. (2015). Interventions targeting sexual and reproductive health and rights outcomes of young people living with HIV: a comprehensive review of current interventions from sub-Saharan Africa. *Global Health Action*, vol. 8, No. 1, 28454. doi: 10.3402/gha.v8.28454.

PRI (Penal Reform International). (2018). *Global Prison Trends 2018*. London: PRI. Available at: <https://www.penalreform.org/resource/global-prison-trends-2018/>. Accessed in October 2019.

Principles for Digital Development: Principles. (n.d.) Available at: <https://digitalprinciples.org/principles/>. Accessed in October 2019.

Promundo. (2008). *Engaging Boys and Men in Gender Transformation: The Group Education Manual*. Available at: <https://promundoglobal.org/resources/engaging-boys-and-men-in-gender-transformation-the-group-education-manual/>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2018). *Program H: Working with Young Men*. Available at: <https://promundoglobal.org/programs/program-h/>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (n.d.) *Program M: Working with Young Women*. Available at: <https://promundoglobal.org/resources/program-m-working-with-young-women/>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (n.d.) *Programme Ra*. Available at: <https://promundoglobal.org/resources/programme-ra/>. Accessed in October 2019.

Promundo, United Nations Population Fund (UNFPA), and MenEngage. (2010). *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A Global Toolkit for Action*. New York: UNFPA.

Public Health Seattle, and Kings County. (2005-13). *FLASH Curriculum in Sexual Health Education: Lesson Plans for Special Education*. Seattle (WA): Public Health Seattle and Kings County.

RACP (Royal Australian College of Physicians). (2011). *The Health and Well-being of Incarcerated Adolescents*. Sydney: RACP. Available at: <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/the-health-and-wellbeing-on-incarcerated-adolescents.pdf>. Accessed in October 2019.

RAD Remedy. (n.d.) *Dr Rad's Queer Health Show – Self Exams and Checkups*. RAD Remedy. Available at: <https://payhip.com/b/kJlu>. Accessed in October 2019.

Raiford, Jerris L. et al. (2017). When a relationship is imperative, will young women knowingly place their sexual health at risk? A sample of African American adolescent girls in the juvenile justice system. *Sexual Health*, vol. 14, No. 4, pp. 331-37.

RAND Health (2009). *Support for Students Exposed to Trauma: The SSET Programme, Group Leader Training Manual, Lesson Plans, and Lesson Materials and Worksheets*. Santa Monica (CA): RAND Corporation.

Rao Gupta, Geeta. (2000). *Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why and the How*, Plenary Address at the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa. Available at: <https://genderandaids.unwomen.org/en/resources/2002/11/gender-sexuality-and-hivaids-the-what-the-why-and-the-how>. Accessed in October 2019.

Rao Gupta, Geeta, Daniel Whelan, and Keera Allendorf. (2003). *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes: A Review Paper*. Geneva: World Health Organization.

Ratele, Kopano. (2015). Working through resistance in engaging boys and men towards gender equality and progressive masculinities. *Culture, Health & Sexuality*, vol. 17, Supplement 2, pp. 144-58.

Reading, Charlotte, and Fred Wein. (2013). *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Reisner, Sari L. et al. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, vol. 388, No. 10042, pp. 412-36.

Researchgate. (2014). *Guidelines for an Effective Design of Serious Games*. Berlin: Researchgate.

Resource Center for Adolescent Pregnancy Prevention. Teaching Sexuality to Developmentally Disabled Youth: What Do I Say? How Do I Say It? (Website). California: ETR. Available at: <http://recapp.etr.org/recapp/index.cfm?fuseaction=pages.EducatorSkillsDetail&PageID=96#HowDoISayIt>. Accessed in October 2019.

Rindner, Ellen C. (2004). Using Freirean empowerment for health education with adolescents in primary, secondary, and tertiary psychiatric settings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol. 17, No. 2, pp. 78-84.

Robertson, Angela A. et al. (2011). The Healthy Teen Girls project: comparison of health education and STD risk reduction intervention for incarcerated adolescent females. *Health Education & Behavior*, vol. 38, No. 3, pp. 241-50.

Robinson, Beatrice "Bean" E. et al. (2002). The Sexual Health Model: application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research*, vol. 17, No. 1, pp. 43-57.

Rohleder, Poul, and Leslie Swartz. (2009). Providing sex education to persons with learning disabilities in the era of HIV/AIDS: tensions between discourses of human rights and restriction. *Journal of Health Psychology*, vol. 14, No. 4, pp. 601-10.

Rokicki, Slawa et al. (2017). Impact of a text-messaging program on adolescent reproductive health: a cluster-randomized trial in Ghana. *American Journal of Public Health*, vol. 107, No. 2, pp. 298-305.

Rongkavilit, Chokechai et al. (2013). Motivational interviewing targeting risk behaviors for youth living with HIV in Thailand. *AIDS and Behavior*, vol. 17, No. 6, pp. 2063-74.

Salam, Rehana A. et al. (2016). Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, Supplement 4, pp. S11-S28.

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). (2018). Trauma and Violence. Available at: <https://www.samhsa.gov/trauma-violence>. Accessed in October 2019.

Sandøy, Ingvild F. et al. (2016). Effectiveness of a girls' empowerment programme on early childbearing, marriage and school dropout among adolescent girls in rural Zambia: study protocol for a cluster randomized trial. *Trials*, vol. 17, 588. doi: 10.1186/s13063-016-1682-9.

Santa Maria, Diane et al. (2015). Parent-based adolescent sexual health interventions and effect on communication outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 47, No. 1, pp. 37-50.

Save the Children. (2006). *Safe You and Safe Me*. London: Save the Children.

\_\_\_\_\_ (2010). *Equal You and Equal Me*. London: Save the Children.

Schaafsma, Dilana et al. (2015). Identifying effective methods for teaching sex education to individuals with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Sex Research*, vol. 52, No. 4, pp. 412-32.

\_\_\_\_\_ (2017). People with intellectual disabilities talk about sexuality: implications for the development of sex education. *Sexuality and Disability*, vol. 35, No. 1, pp. 21-38.

Scherger, Lisa, and Stephanie D. Hebert. (2016). *Guide to Trauma-Informed Sex Education*. Cardea Services. Available at: <http://www.cardeaservices.org/resourcecenter/guide-to-trauma-informed-sex-education?A=SearchResult&SearchID=5465461&ObjectID=6440995&ObjectType=35>. Accessed in October 2019.

Schmiege, Sarah J. et al. (2009). Randomized trial of group interventions to reduce HIV/STD risk and change theoretical mediators among detained adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 77, No. 1, pp. 38-50.

Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UNDESA, and the Burton Blatt Institute at Syracuse University. (2013). *Fact Sheet: Youth with Disabilities*. Available at: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-with-disabilities.pdf>. Accessed in October 2019.

Sexuality and Disability: Mythbusting. Available at: <http://www.sexualityanddisability.org/having-sex/mythbusting/>. Accessed in October 2019.

SH&FPA (Sexual Health & Family Planning Australia). (2013). *Improving sexual and reproductive health for people with disability: Report from the SH&FPA Disability Special Interest Group*. Available at: <https://www.shinesa.org.au/media/product/2015/04/ImprovingSexualandReproductiveHealthforPeoplewithDisability.pdf>. Accessed in October 2019.

Shepherd, Jonathan et al. (2010). The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, vol. 14, No. 7.

Sherman, Susan G. et al. (2009). Evaluation of a peer network intervention trial among young methamphetamine users in Chiang Mai, Thailand. *Social Science & Medicine*, vol. 68, No. 1, pp. 69-79.

Siddiqi, Anooradha. (2012). *Missing the Emergency: Shifting the Paradigm for Relief to Adolescent Girls*. Coalition for Adolescent Girls. Available at: <https://www.youthpower.org/resources/missing-emergency-shifting-paradigm-relief-adolescent-girls>. Accessed in October 2019.

SIECUS (Sexuality Information and Education Council of the United States). (1998). *Right from the Start: Guidelines for Sexuality Issues, Birth to Five Years*. New York: SIECUS.

\_\_\_\_\_ (2001). *Sexuality Education for People with Disabilities*. SIECUS Report, vol. 29, No. 3. New York: SIECUS.

Sifunda, Sibusiso et al. (2008). The effectiveness of a peer-led HIV/AIDS and STI health education intervention for prison inmates in South Africa. *Health Education & Behavior*, vol. 35, No. 4, pp. 494-508.

Simba, Daudi O., and Deodatus C. Kakoko. (2009). Volunteerism among out-of-school adolescent reproductive health peer educators: is it a sustainable strategy in resource constrained countries? *African Journal of Reproductive Health*, vol. 13, No. 3, pp. 99-110.

Simon, Laura, and Kristian Daneback. (2013). Adolescents' use of the internet for sex education: a thematic and critical review of the literature. *International Journal of Sexual Health*, vol. 25, No. 4, pp. 305-19.

Sisley, Dominique. (2016). What Does It Mean to Be Young and Intersex Today? Dazed Digital. Available at: <http://www.dazeddigital.com/artsandculture/article/30991/1/what-does-it-mean-to-be-young-and-intersex-today>. Accessed in October 2019.

Smyth, John, Peter McInerney, and Tim Fish. (2013). Blurring the boundaries: from relational learning towards a critical pedagogy of engagement for disengaged disadvantaged young people. *Pedagogy, Culture & Society*, vol. 21, No. 2, pp. 299-320.

Society for Safe and Caring Schools & Communities. (2010). *Safe and Caring Schools for Two Spirit Youth: A Guide for Teachers and Students*. Edmonton (Alberta): Society for Safe and Caring Schools & Communities.

Son, Ji et al. (2017). The effect of interprofessional student-led reproductive health education on youths in juvenile detention. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 30, No.3, pp. 370-75.

Sonke Gender Justice Network. (2006). "One Man Can" Campaign Toolkit. South Africa: Sonke Gender Justice Network. Available at: <https://genderjustice.org.za/publication/one-man-can-toolkit-english/>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2017). *Faith Leaders and the LGBT Community Toolkit: Promoting Safe and Welcoming Faith Organizations for All God's Children*. South Africa: Sonke Gender Justice Network. Available at: <http://genderjustice.org.za/publication/faith-leaders-lgbt-community-toolkit/>. Accessed in October 2019.

SAfAIDS, and UNFPA. (2016). *iCAN Package: A Comprehensive Life Skills Package Focusing on HIV, Sexuality, and Sexual & Reproductive Health for Young People Living with HIV (YPLHIV) and Their Circles of Care – Facilitator's Manual and Workbook*. Johannesburg and Harare: UNFPA and SAfAIDS.

Spruce Woods Sundance Family. (2017). *Routine Practices at Indigenous Healing Ceremonies*. Winnipeg (Manitoba): Spruce Woods Sundance Family.

Sriranganathan, Gobika, et al. (2012). Peer sexual health education: interventions for effective programme evaluation. *Health Education Journal*, vol. 71, No. 1, pp. 62-71.

Stangl, Anne et al. (2015). *Transitioning to a Healthy Adulthood: Lessons Learned from Adolescent Girls Living with HIV in Urban Zambia*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women (ICRW). Available at: [https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/FINAL\\_brief\\_ALHIV-Zambia.pdf](https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/FINAL_brief_ALHIV-Zambia.pdf). Accessed in October 2019.

State of Queensland (Queensland Health). (2013). *Aboriginal and Torres Strait Islander Adolescent Sexual Health Guideline*. Available at: [https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf\\_file/0018/161541/adolescent\\_sexual\\_health\\_guideline.pdf](https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0018/161541/adolescent_sexual_health_guideline.pdf). Accessed in October 2019.

STOPAIDS. (2016). *Factsheet: Adolescents and Young People and HIV*. Available at: <https://stopaids.org.uk/wp/wp-content/uploads/2017/06/STOPAIDS-Factsheet-Adolescents-and-young-people-and-HIV.pdf>. Accessed in October 2019.

Sutton, Madeline Y. et al. (2014). Impact of parent-child communication interventions on sex behaviors and cognitive outcomes for black/African-American and Hispanic/Latino youth: a systematic review, 1988-2012. *Journal of Adolescent Health*, vol. 54, No. 4, pp. 369-84.

Svanemyr, Joar et al. (2015). Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, pp. S7-S14.

Swango-Wilson, Amy. (2011). Meaningful sex education programs for individuals with intellectual/developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, vol. 29, No. 2, pp. 113-18.

Sweeney, Liz. (2007). *Human Sexuality Education for Students with Special Needs*. Shawnee Mission, Kansas: Marsh Media. Available at: <http://www.ejhs.org/volume10/MarshMedia%20White%20Paper.pdf>. Accessed in October 2019.

Sykes, Susie et al. (2013). Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health*, vol. 13, No. 150. doi:10.1186/1471-2458-13-150.

Szydlowski, Mary Beth. (2016). *Sexual Health Education for Young People with Disabilities: Research and Resources for Educators*. Washington, D.C.: Advocates for Youth. Available at: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/2559>. Accessed in October 2019.

Talukdar, Joy. (2013). The prospects of a virtual sex education: a review. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 8, Nos. 1-2, pp. 104-15.

The Arc Maryland. (n.d.) Personal Safety Planning Awareness Choice Empowerment (SPACE): A Violence Prevention Programme for Women. Columbia (MD): The Arc Maryland. Available at: [http://www.ncdsv.org/images/Arc\\_PersonalSpace-AViolencePreventionProgramForWomen.pdf](http://www.ncdsv.org/images/Arc_PersonalSpace-AViolencePreventionProgramForWomen.pdf). Accessed in October 2019.

Tingey, Lauren et al. (2015). Respecting the Circle of Life: one year outcomes from a randomized controlled comparison of an HIV risk reduction intervention for American Indian adolescents. *AIDS Care*, vol. 27, No. 9, pp. 1087-97.

\_\_\_\_\_ (2017). The impact of a sexual and reproductive health intervention for American Indian adolescents on predictors of condom use intention. *Journal of Adolescent Health*, vol. 60, No. 3, pp. 284-91.

Tobin, Karin E. et al. (2011). The STEP into Action study: a peer-based, personal risk network-focused HIV prevention intervention with injection drug users in Baltimore, Maryland. *Addiction*, vol. 106, No. 2, pp. 366-75.

Tolli, Marina V. (2012). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health Education Research*, vol. 27, No. 5, pp. 904-13.

Tolou-Shams, Marina et al. (2011). HIV prevention for juvenile drug court offenders: a randomized controlled trial focusing on affect management. *Journal of Correctional Health Care*, vol. 17, No. 3, pp. 226-32.

Torres, Virgilio M.S. et al. (2012). 'Expanding your mind': the process of constructing gender-equitable masculinities in young Nicaraguan men participating in reproductive health or gender training programs. *Global Health Action*, vol. 5, No. 1, 17262. doi: 10.3402/gha.v5i0.17262.

Travers, Jason et al. (2014). Alignment of sexuality education with self determination for people with significant disabilities: a review of research and future directions. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, vol 49, No. 2, pp. 232-47.

Tuong, William, Elizabeth R. Larsen, and April W. Armstrong. (2014). Videos to influence: a systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviours. *Journal of Behavioural Medicine*, vol. 37, No. 2, pp. 218-33.

UIS (UNESCO Institute of Statistics). (2018). *One in Five Children, Adolescents and Youth is Out of School*. UIS Fact Sheet No. 48. Geneva: UIS. Available at: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs48-one-five-children-adolescents-youth-out-school-2018-en.pdf>. Accessed in October 2019.

US DOE (Department of Education), and US DOJ (Department of Justice). (2014). *Guiding Principles for Providing High-Quality Education in Juvenile Justice Secure Care Settings*. Washington, D.C.: US DOE and DOJ. Available at: <https://www2.ed.gov/policy/gen/guid/correctional-education/guiding-principles.pdf>. Accessed in October 2019.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). (1999). *Peer Education and HIV/AIDS: Concepts, Uses and Challenges*. Geneva: UNAIDS.

\_\_\_\_\_ (2012). *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work*. Geneva: UNAIDS.

\_\_\_\_\_ (2015) *UNAIDS Terminology Guidelines*. Geneva: UNAIDS.

\_\_\_\_\_ (2016a). *ALL IN to End the Adolescent AIDS Epidemic: A Progress Report*. Geneva: UNAIDS.

\_\_\_\_\_ (2016b). *HIV Prevention Among Adolescent Girls and Young Women: Putting HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women on the Fast-Track and Engaging Men and Boys*. Geneva: UNAIDS.

\_\_\_\_\_ (2017a). *Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets*. Geneva: UNAIDS.

\_\_\_\_\_ (2017b). *Disability and HIV*. Geneva: UNAIDS

\_\_\_\_\_ (2018a). *Global HIV & AIDS Statistics: 2018 Fact Sheet*. Geneva: UNAIDS.

\_\_\_\_\_ (2018b) *The Youth Bulge and HIV*. Geneva: UNAIDS.

\_\_\_\_\_ (2020). *AIDSinfo.unaids.org* (website). Geneva: UNAIDS.

UNAIDS, and UNICEF (United Nations Children's Fund). (2016). *ALL IN to End the Adolescent AIDS Epidemic: A Progress Report*.

UNDESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs). (2015). *State of the World's Indigenous peoples: Indigenous People's Access to Health Services*. New York: UNDESA.

\_\_\_\_\_ (2017a). *Population Facts, No. 2017/5*. Available at: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts\\_2017-5.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2017-5.pdf). Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2017b). *State of the World's Indigenous Peoples: Education*. New York: UNDESA.

UNDP (United Nations Development Programme). (2019). 10 Things to Know about Indigenous Peoples. Available at: <https://stories.undp.org/10-things-we-all-should-know-about-indigenous-people>. Accessed in October 2019.

UNDP, IRGT: A Global Network of Transgender Women and HIV, UNFPA, UCSF Centre of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, WHO, UNAIDS, and USAID (United States Agency for International Development) (2016). *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical Guidance for Collaborative Interventions*. New York: UNDP.

UNESCO. (2010). *Education for All Global Monitoring Report 2010: Reaching the Marginalized*. Oxford: UNESCO.

\_\_\_\_\_ (2012). *Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector*. Paris: UNESCO.

\_\_\_\_\_ (2015). *Emerging Evidence, Lessons and Practice in Comprehensive Sexuality Education: A Global Review 2015*. Paris: UNESCO.

\_\_\_\_\_ (2016). *Global Education Monitoring Report 2016: Education for People and Planet: Creating Sustainable Futures for All*. Paris: UNESCO.

\_\_\_\_\_ (2018). *Review of the Evidence on Sexuality Education: Report to Inform the Update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education*. Paris: UNESCO.

UNESCO, and GNP+. (2011). *Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector*. Paris: UNESCO.

UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF (United Nations Children's Fund), and WHO. (2009). *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators*. Paris: UNESCO.

UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF (United Nations Children's Fund), UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women), and WHO. (2018). *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-informed Approach, Revised Edition*. Paris: UNESCO.

UNESCO, and UNFPA. (2003). *Peer Approach in Adolescent Reproductive Health Education: Some Lessons Learned*. Bangkok: UNESCO Asia and Pacific Regional Bureau for Education.

UNFPA (United Nations Population Fund). (2006). *Peer Education Toolkit*. New York: UNFPA.

\_\_\_\_\_ (2009). *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.

\_\_\_\_\_ (2010a). *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A Global Toolkit for Action*. New York, UNFPA.

\_\_\_\_\_ (2010b). *Promoting Equality, Recognizing Diversity: Case Stories in Intercultural Sexual and Reproductive Health among Indigenous Peoples in Latin America*. New York: UNFPA.

\_\_\_\_\_ (2012). *Managing Gender-based Violence Programmes in Emergencies: E-learning Companion Guide*. New York: UNFPA.

\_\_\_\_\_ (2014a). *International Conference on Population and Development Programme of Action, Twentieth Anniversary Edition*. New York: UNFPA.

\_\_\_\_\_ (2014b). *UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education: A Focus on Human Rights and Gender*. New York: UNFPA.

\_\_\_\_\_ (2015a). *Global Indigenous Youth Councils Meeting – Culturally Safe and Peer-Lead Approaches to HIV, Sexual Health, and Harm Reduction in Indigenous Communities*. Unpublished report.

\_\_\_\_\_ (2015b). *The Evaluation of Comprehensive Sexuality Education Programmes: A Focus on the Gender and Empowerment Outcomes*. New York: UNFPA.

\_\_\_\_\_ (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights for Out of School Young People: Programming Guide*. Johannesburg: UNFPA.

\_\_\_\_\_ (2018a). *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based Violence and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.

\_\_\_\_\_ (2018b). *Regional Comprehensive Sexuality Education Resource Package for Out of School Young People*. New York: UNFPA.

\_\_\_\_\_ (2018c). *Let's Chat! Parent Child Communication on Sexual and Reproductive Health*. New York: UNFPA.

\_\_\_\_\_ (2018d). *Women and Young Persons with Disabilities: Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.

UNFPA \_\_\_\_\_ (2019). *Boys on the Move Life Skills Programme for Unaccompanied Male Adolescents*. Istanbul: UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia.

UNFPA, and World YWCA. (2006). *Empowering Young Women to Lead Change: A Training Manual*. New York: UNFPA and World YWCA.

UNFPA, and Save the Children. (2009) *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.

UNFPA, Global Forum on MSM & HIV, UNDP, WHO, USAID (United States Agency for International Development), and World Bank (2015). *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Men who Have Sex with Men: Practical Guidance for Collaborative Interventions*. New York: UNFPA.

UNFPA, and Women Enabled International. (2018). *Women and Young Persons with Disabilities: Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.

UNGEI (United Nations Girls Education Initiative), and Leonard Cheshire Disability. (2017). *Still Left Behind: Pathways to Inclusive Education for Girls with Disabilities*. London: Leonard Cheshire Disability.

UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). (2017). *Global Trends: Forced Displacement in 2017*. Geneva: UNHCR.

\_\_\_\_\_ (n.d.). *Fact Sheet: Intersex*. Geneva: UNHCR. Available at: <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/UNFE-Intersex.pdf>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (n.d.) *Figures at a Glance*. Available at: <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>. Accessed in October 2019.

UNICEF (United Nations Children's Fund). (2008). *It's about Ability: An Explanation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York: UNICEF.

\_\_\_\_\_ (2009). *Progress for Children: A Report Card on Child Protection*. New York: UNICEF.

\_\_\_\_\_ (2011a). *Child Safety Online: Global Challenges and Strategies*. Florence (Italy): UNICEF Innocenti Research Centre.

\_\_\_\_\_ (2011b). *Communicating with Children: Principles and Practices, to Nurture, Inspire, Excite, Educate and Heal*. New York: UNICEF.

\_\_\_\_\_ (2013). *Children and Young People with Disabilities: Fact Sheet*. New York: UNICEF.

\_\_\_\_\_ (2014). *Adolescents and Youth: Humanitarian Situations*. Available at: [https://www.unicef.org/adolescence/index\\_40442.html](https://www.unicef.org/adolescence/index_40442.html). Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2016). *Adolescents Living with HIV: Developing and Strengthening Care and Support Services*. Geneva: UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEECIS).

\_\_\_\_\_ (2017). *The State of the World's Children 2017: Children in a Digital World*. Paris: UNICEF.

\_\_\_\_\_ (2018). *Child Marriage*. Available at: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>. Accessed in October 2019.

UNICEF, UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women), UNFPA, ILO, and OSRSG/VAC (Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence against Children). (2013). *Breaking the Silence on Violence against Indigenous Girls, Adolescents and Young Women: A Call to Action Based on an Overview of Existing Evidence from Africa, Asia Pacific and Latin America*. New York: UNICEF.

UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). (2017). *World Humanitarian Data and Trends 2017*. Available at: <http://interactive.unocha.org/publication/datatrends2017/>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2018). *Global Humanitarian Overview 2018*. Available at: <https://interactive.unocha.org/publication/globalhumanitarianoverview/>. Accessed in October 2019.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2006). *Manual for the Measurement of Juvenile Justice Indicators*. Vienna: UNODC.

\_\_\_\_\_ (2018). *World Drug Report 2018, Vol. 1: Executive Summary, Conclusions and Policy Implications*. Vienna: UNODC.

UNODC, INPUD (International Network of People Who Use Drugs), UNAIDS, UNDP, UNFPA, WHO, and USAID (United States Agency for International Development). (2017). *Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People who Inject Drugs: Practical Guidance for Collaborative Interventions*. Vienna: UNODC.

United Nations. (1985). *United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (the "Beijing Rules")*. A/RES/40/33. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/beijingrules.pdf>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (1995). *Report of the International Conference on Population and Development*. A/CONF.171/13/Rev.1. New York: United Nations. Available at: [https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/27/SupportingDocuments/A\\_CONF.171\\_13\\_Rev.1.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/27/SupportingDocuments/A_CONF.171_13_Rev.1.pdf). Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, Treaty Series, 2515, 3. New York: United Nations. Available at: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html#Fulltext>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2007). *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*, Resolution adopted by the General Assembly on 13 September 2007. A/RES/61/295. Available at: <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/declaration-on-the-rights-of-indigenous-peoples.html>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2011) *Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights on Discriminatory Laws and Practices and Acts of Violence against Individuals Based on Their Sexual Orientation and Gender Identity*. A/HRC/19/41. New York: United Nations.

\_\_\_\_\_ (2013). *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Juan E. Méndez*. A/HRC/22/53. New York: United Nations.

\_\_\_\_\_ (2014). *Report of the International Expert Group Meeting on the Theme "Sexual Health and Reproductive Rights: Articles 21, 22 (1), 23 and 24 of the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples"*. E/C.19/2014/8. New York: United Nations.

\_\_\_\_\_ (2015). *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*, Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, A/RES/70/1. Available at: <http://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2017). *Report of the Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities on Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls and Young Women with Disabilities*. A/72/133. New York: United Nations.

USA for UNHCR. (2018). *Myths & Facts: Where Do Refugees Live?* Available at: <https://www.unrefugees.org/news/myths-facts-where-do-refugees-live/>. Accessed in October 2019.

Vanwesenbeeck, Ine, et al. (2016). Lessons learned from a decade implementing Comprehensive Sexuality Education in resource poor settings: *The World Starts With Me*. *Sex Education*, vol. 16, No. 5, pp. 471-86.

Verma, Ravi et al. (2008). *Promoting Gender Equity as a Strategy to Reduce HIV Risk and Gender-Based Violence among Young Men in India*. *Horizons Final Report*. Washington, D.C.: Population Council.

Villa-Torres, Laura, and Joar Svanemyr. (2015). Ensuring youth's right to participation and promotion of youth leadership in the development of sexual and reproductive health policies and programs. *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, S51-S57.

Villarruel, Antonia M. et al. (2008). A parent-adolescent intervention to increase sexual risk communication: results of a randomized controlled trial. *AIDS Education and Prevention*, vol. 20, No. 5, pp. 371-83.

\_\_\_\_\_ (2010). Examining long-term effects of Cuidate – a sexual risk reduction programme in Mexican youth. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 27, No. 5, pp. 345-51.

Visser, Kirsten et al. (2015). Study protocol: a randomized controlled trial investigating the effects of a psychosexual training programme for adolescents with autism spectrum disorder. *BMC Psychiatry*, vol. 15, 207. doi: 10.1186/s12888-015-0586-7.

\_\_\_\_\_ (2017). A randomized controlled trial to examine the effects of the Tackling Teenage psychosexual training program for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 58, No. 7, 840-50.

Walker-Hirsch, Leslie, and Marklyn P. Champagne. (1991). The Circles concept: social competence in special education. *Educational Leadership*, vol. 49, No. 1, pp. 65-67.

Warren, Emily et al. (2015). Systematic review of the evidence on the effectiveness of sexual and reproductive health interventions in humanitarian crises. *BMJ Open*, vol. 5, e008226. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008226.

Wazakili, Margaret. (2010) Sexuality education in HIV and AIDS prevention: the case of disabled young people in Nyanga, South Africa, in *Sexuality Education and Attitudes*, Jovan Stanovic and Milo Lalic, eds. E-book: NOVA Publishers.

WHO (World Health Organization). (2007a). *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons. Evidence for Action Technical Papers*. Geneva: WHO.

\_\_\_\_\_ (2007b). *Health of Indigenous Peoples. Fact Sheet*. Available at: <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/factsheet-indigenous-healthn-nov2007-eng.pdf?ua=1>. Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2007c). *Helping Parents in Developing Countries Improve Adolescents' Health*. Geneva: WHO.

\_\_\_\_\_ (2011). *World Report on Disability 2011*. Geneva: WHO. Available at: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/). Accessed in October 2019.

\_\_\_\_\_ (2013a). *HIV and Adolescents: Guidance for HIV Testing and Counselling and Care for Adolescents Living with HIV*. Geneva: WHO.

\_\_\_\_\_ (2013b). *The MAPS Toolkit: mHealth Assessment and Planning for Scale*. Geneva: WHO.

\_\_\_\_\_ (2014). *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO*. Geneva: WHO.

\_\_\_\_\_ (2015). *Global Standards for Quality Health Care Services for Adolescents*. Geneva: WHO.

\_\_\_\_\_ (2016a). *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations–2016 Update*. Geneva: WHO.

\_\_\_\_\_ (2016b). *Childhood Hearing Loss: Act Now, Here's How!* Geneva: WHO.

\_\_\_\_\_ (2017a). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation–Summary*. Geneva: WHO.

\_\_\_\_\_ (2017b). *Consolidated Guideline on Sexual and Reproductive Health and Rights of Women Living with HIV*. Geneva: WHO.

\_\_\_\_\_ (2018). WHO Recommendations on Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights. Geneva: WHO.

\_\_\_\_\_ (2019). HIV and Youth. Available at: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/hiv/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/hiv/en/). Accessed in October 2019.

WHO, UNODC, and UNAIDS. (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Prevention of Sexual Transmission*. Geneva: WHO.

WHO, and UNFPA. (2009). *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities: WHO/UNFPA Guidance Note*. Geneva: WHO.

WHO Regional Office for Europe and BZga. (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists*. Geneva: WHO.

WHO, UNFPA, UNAIDS, NSWP, and World Bank. (2013). *Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical Approaches from Collaborative Interventions*. Geneva: World Health Organization.

WHO, UNFPA, UNHCR, NSWP, World Bank, INPUD (International Network of People who Use Drugs), UNDP, UNESCO, UNODC, MSMGF (Global Forum on MSM and HIV), UNAIDS, HIV Young Leaders Fund, ILO, and UNICEF. (2015a). *HIV and Young People Who Sell Sex: Technical Brief*. Geneva: WHO.

WHO, UNFPA, UNHCR, NSWP, World Bank, INPUD (International Network of People who Use Drugs), UNDP, UNESCO, UNODC, MSMGF (Global Forum on MSM and HIV), UNAIDS, HIV Young Leaders Fund, ILO, and UNICEF. (2015b). *HIV and Young People Who Inject Drugs: Technical Brief*. Geneva: WHO.

Wight, Daniel, and Deidre Fullerton, D. (2013). A review of interventions with parents to promote the sexual health of their children. *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, No. 1, pp. 4-27.

Wight, Daniel, Mary Plummer, and David Ross. (2012). The need to promote behaviour change at the cultural level: one factor explaining the limited impact of the MEMA kwa Vijana adolescent sexual health intervention in rural Tanzania. A process evaluation. *BMC Public Health*, vol. 12, 788. doi: 10.1186/1471-2458-12-788.

Wild, Tiffany A. et al. (2014). Adults with visual impairments report on their sex education experiences. *Journal of Blindness Innovation & Research*, vol. 4, No. 2. Available at: <https://www.nfb.org/images/nfb/publications/jbir/jbir14/jbir040202.html>. Accessed in October 2019.

Winter, Sam et al. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, vol. 388, No. 10042, pp. 390-400.

WRC (Women's Refugee Commission). (2013). *Scattered Dreams, Broken Promises: An Assessment of the Links between Girls' Empowerment and Gender-Based Violence in the Kyaka II Refugee Settlement, Uganda*. New York: WRC.

\_\_\_\_\_ (2016). *Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-based Violence*. New York: WRC.

WRC, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Adolescent Reproductive Health Network (ARHN), International Medical Corps (IMC), Save the Children, and AUB. (2014). *Very Young Adolescents in Humanitarian Settings: Examining the Sexual and Reproductive Health Needs and Risks of Girls and Boys Aged 10-14 in Ethiopia, Lebanon and Thailand*. Available at: <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/very-young-adolescents-in-humanitarian-settings-examining-the-sexual-and-reproductive-health-needs-and-risks/>. Accessed in October 2019.

WRC, Save the Children, and UNHCR. (2013). *Case Study: Adolescent Sexual and Reproductive Health Programming in Goma, Democratic Republic of the Congo*. Available at: <https://www.unhcr.org/protection/health/535f5dfb9/case-study-adolescent-sexual-reproductive-health-programming-goma-democratic.html>. Accessed in October 2019.

WRC, Save the Children, UNHCR, and UNFPA. (2012). *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-depth Look at Family Planning Services*. New York: WRC. Available at: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AAASRH\\_good\\_practice\\_documentation\\_English\\_FINAL.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AAASRH_good_practice_documentation_English_FINAL.pdf). Accessed in October 2019.

World Bank. (2019). *Indigenous Peoples*. Available at: <http://www.worldbank.org/en/topic/indigenouspeoples>. Accessed in October 2019.

World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th Version*. Minneapolis (MN): World Professional Association for Transgender Health.

World YWCA. (n.d.) *YWCA Safe Spaces for Women and Girls: A Global Model for Change*. Geneva: World YWCA.

Zukowsky-Tavares, Christina, et al. (2017). Experience in health education on sexuality with institutionalized adolescents. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, vol. 30, No. 1, pp. 135-40.



Toutes les photos : © UNFPA  
[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

