



Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation,
la science et la culture

منظمة الأمم المتحدة
للثقافة والعلم والتربية

Actes des journées Maghrébines,
organisées à Rabat,
les 07 & 08 Décembre 2012,
autour du thème:

Promouvoir l'Education pour la santé,
la santé sexuelle et reproductive et la prévention du VIH
et des conduites addictives auprès des jeunes au Maghreb

ENJEUX & PERSPECTIVES

Remerciements

L'UNESCO remercie tous les intervenants et participants à cette rencontre pour leur riche contribution et particulièrement M. Adel Zeddami, Représentant de l'ONUSIDA Algérie pour la relecture attentive de ces actes.

Les observations et les opinions contenues dans cet ouvrage sont de la seule responsabilité de leurs auteurs et n'impliquent pas l'expression d'une opinion de la part de l'UNESCO ;

Cet ouvrage a été élaboré sous la coordination du Bureau Multipays pour l'Algérie, le Maroc, la Mauritanie et la Tunisie (secteur Education).

Publiés par le Bureau de l'UNESCO pour l'Algérie, le Maroc, la Mauritanie et la Tunisie
Avenue Aïn Khalouyia Km 5,3 Souissi
BP 1777 Rabat Maroc
rabat.unesco.org
Contact : Philippe Maalouf, Spécialiste secteur Education
p.maalouf@unesco.org

© UNESCO 2013

Sommaire	2
Introduction	4
Allocution du Ministère de la Santé Par Aziza Bennani , Chef du Service des MST-sida, Direction de l'Epidémiologie- Ministère de la Santé- Maroc	5
Allocution de M. Bruno Pouezat, Représentant du PNUD , Coordonnateur Résident du Système des Nations Unies au Maroc	7
Allocution de M. Philippe Quéau , Représentant de l'UNESCO et Directeur du Bureau Multipays au Maghreb	8
Algérie, Promotion de l'éducation pour la santé des jeunes en Algérie, Etat des lieux, problématiques et préconisations, M. Brahim Abassi , Directeur de l'Enseignement Fondamental, Ministère de l'Education-Algérie-	10
Maroc, Stratégie de la promotion de la santé des adolescents et jeunes au Maroc, Mme Najat Gharbi , Chef de la Division de la Santé Scolaire et Universitaire, Ministère de la Santé-Maroc-	19
Mauritanie, Promotion de la santé des jeunes en Mauritanie, Mme. Yewguiha Ba Taleb , Ministère de l'Education-Mauritanie-	24
Promotion de la santé en milieu scolaire en Tunisie, Docteur Mounia Garbouj. Se révolter ou se détruire, Docteur Nadia Cheradi, Directrice de la Médecine Scolaire et Universitaire, Ministère de la Santé-Tunisie-	30
La sexualité des jeunes au Maroc, Professeur Abdessamad Dialmy , Sociologue, expert de la sexualité-Maroc-	34
Discussions & &changes	39
Expériences-1 : Quel rôle pour la religion dans la promotion de la santé des jeunes ?, Pr. Mohamed Belkebir , Directeur du Centre des Etudes et Recherches sur les Valeurs, Rabita Mohammadia des Oulémas-Maroc-	61
Expériences-2 : Réseau de l'éducation des jeunes par les pairs, Y-PEER Youth Peer Education Network Mme Wissem Khlaifia	63
Expériences-3 : Quelle place pour les médias sociaux dans la promotion de la santé des jeunes ?	65
M. Zakaria Bathout , Association de Lutte Contre le SIDA (ALCS), Marrakech-Maroc-	67
Expériences-4 : CrowdOUTAIDS	
La voix des jeunes dans la réponse au SIDA, Zahra Benyahia , AIDS-Algérie-	72
L'approche globale de l'éducation pour la santé.	
Mettre en œuvre une démarche d'éducation à la santé en milieu scolaire ?	
Dominique Berger-Sandie Bernard , Université Claude Bernard-Lyon1- IUFM Lyon-France, Equipe de recherche ACTé EA n° 4281, Réseau des Universités pour l'éducation à la santé (UNIRéS), Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INEPS)	76
L'approche globale de l'éducation pour la santé	
Ecole en santé-expérience Tunisienne, Docteur Mounira Garbouj , Directrice de la Médecine Scolaire et Universitaire, Ministère de la Santé-Tunisie	87

L'approche globale de l'éducation pour la santé	
Pour une approche socio anthropologique de l'éducation pour la santé, l'exemple des jeunes d'Oran, Algérie, Mme et M. Ouassila Selimi, Mohamed Mebtoul , Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé (GRAS), Unité de recherche en sciences sociales et santé, Université d'Oran-Algérie-	89
L'approche globale de l'éducation pour la santé, Discussions et échanges.	93
Conclusions & Recommandations	95
Synthèse des discussions sur la restitution des résultats des ateliers	98
Conclusion Générale	99
Réflexion sur une stratégie Maghrébine de promotion de la santé des jeunes	100
Liste des sigles	102
Visions stratégiques, Discussions & échanges.	104

Introduction

L'amélioration du bien-être des jeunes est une préoccupation croissante des organisations internationales comme l'UNESCO. Au Maghreb aujourd'hui cette question est cruciale. La jeunesse maghrébine étant confrontée à de nouvelles problématiques, nouveaux défis et nouveaux fléaux. En effet, l'usage de drogues, la violence et notamment celle basée sur le genre, des comportements sexuels de plus en plus précoces et à risque, sont autant de pratiques qui doivent emmener toute la société à s'interroger sur comment préserver la jeunesse de ces risques. Comment permettre à un jeune d'aujourd'hui, adulte demain, de faire des choix éclairés et responsables par rapport à sa propre santé, mais aussi par rapport à celle d'autrui ?

La mise en place d'une politique visant à promouvoir la santé des jeunes et donc à prévenir certains risques via des actions d'Education à la santé ou pour la santé ont fait leurs preuves dans de nombreux pays. Dans ces derniers, l'éducation à la santé et la prévention des conduites addictives sont constitutives des missions de l'école et plus généralement des acteurs travaillant avec les jeunes. Ainsi, santé et scolarité sont indissociables, l'école doit promouvoir la santé des élèves et doit développer leurs compétences pour qu'ils puissent, d'eux-mêmes adopter des comportements favorables à leur santé.

Au Maghreb, la promotion pour la santé des jeunes prend diverses formes. Différentes initiatives ont été mises en œuvre par les divers Départements en charge de la population jeune : (Education, Santé, Jeunesse et Sports) en charge de la population jeune, ainsi que par la société civile, des programmes liés à l'hygiène, à la prévention de la consommation de tabac, des drogues ou encore à la prévention des IST/VIH/sida, et bien d'autres encore sur diverses thématiques. Toutefois, ces actions sont-elles suffisantes, au regard des défis que devraient soulever ces sociétés concernant le développement, la santé et plus généralement le bien-être de sa jeunesse ? Ainsi, différents spécialistes au Maghreb parlent d'actions morcelées et soulignent l'importance d'une meilleure coordination entre les programmes et entre les partenaires.

Cette rencontre « Promouvoir l'éducation pour la santé, la santé sexuelle et reproductive et la prévention du VIH et des conduites addictives auprès des jeunes au Maghreb : Enjeux et perspectives » a réuni les partenaires concernés, ministères, associations, jeunes et experts afin de proposer une réflexion approfondie autour des enjeux de l'éducation pour la santé dans les sociétés du Maghreb. Elle a permis aussi de faire l'état des lieux des actions mises en œuvre ces dernières années afin de mieux cerner les contours d'une politique globale d'Education à la santé pour les jeunes et de proposer de nouvelles approches globales pour la promotion de la santé. Bien que cette rencontre se soit inscrite dans une démarche globale d'éducation pour la santé des jeunes, elle a veillé néanmoins à laisser une place de choix à d'autres non moins prioritaires, telles la prévention des conduites addictives, l'Education à la non-violence et l'Education liée au VIH/sida et la santé sexuelle et reproductive. Enfin, des recommandations ont été émises à l'issue des ateliers et pourraient servir à la réalisation d'actions de promotion de la santé. Dans cet ouvrage sont rassemblées les présentations révisées par leurs auteurs ainsi que les échanges et discussions et les recommandations d'actions ayant eu lieu durant ces deux journées.

Allocution du Ministère de la Santé Par le **Docteur Aziza Bennani**, Chef du Service des MST-sida
Direction de l'Epidémiologie- Ministère de la Santé- Maroc.

Excellences Mesdames et Messieurs les Ministres

Monsieur le Coordonnateur Résident du Système des Nations Unies

Monsieur le Représentant de l'UNESCO

Monsieur le Représentant de l'ONUSIDA

Chers collègues

Mesdames et Messieurs

Je ne commencerais pas mon allocution d'ouverture sans souhaiter la bienvenue à nos amis des pays du Maghreb, d'Algérie, Tunisie et Mauritanie, dans leur deuxième pays, et sans remercier le Bureau de l'UNESCO à Rabat, d'avoir choisi le Maroc pour abriter cette première rencontre maghrébine pour débattre de la promotion de la santé des jeunes, de la prévention du VIH, des enjeux et perspectives, afin d'élaborer une stratégie commune améliorant l'accès de cette population aussi bien à l'information et à l'éducation qu'aux soins de qualité et ce, dans le but de parvenir à leur responsabilisation et converger vers un changement de comportement chez les générations futures.

Il n'est pas à démontrer que la population jeune est l'un des principaux piliers de développement de toute nation et mérite de jouir d'un environnement favorable, prenant en considération tous les aspects relatifs à son épanouissement pour une meilleure production et un développement économique et social adéquat.

Dans nos pays respectifs, les jeunes représentent une part importante de la population. Au Maroc, qui compte 32 millions d'habitants, les jeunes âgés entre 10 et 24 ans représentent le tiers de la population, soit près de 10 millions de personnes. Le un cinquième de la population, soit 7 millions, est scolarisé avec un taux d'alphabétisation de 61,5 %, seuls 8% atteignent le niveau universitaire. Parmi les jeunes entre 15 et 24 ans et qui constituent 22% de la population, 16,2 % sont analphabètes. Ce phénomène est plus accentué dans le milieu rural (29,2 %) que dans le milieu urbain (6 %). Il est aussi plus important chez la femme (21,6 %) que chez l'homme (10,5 %). Plus de la moitié de la population réside en milieu urbain (soit 57%) et le taux de chômage est de 9%.

Les différentes études et enquêtes nationales menées récemment auprès des jeunes, ont montré que la moitié d'entre eux pratiquent une activité sportive, 15,5% de ceux âgés de 13 à 15 ans fument, 8% des garçons et 3,5% des jeunes filles prennent de l'alcool, 3% consomment des drogues et plus de la moitié des enquêtés ont fait ressortir ce problème comme principale préoccupation. Par ailleurs, un certain nombre de troubles du comportement, d'adaptation sociale et de difficulté relationnelles ont été cités par plus de 33% des adolescents.

En matière de VIH/SIDA, la prévalence au Maroc reste faible dans la population générale (0,11%), mais un niveau d'épidémie concentré (5%) est observé parmi les populations les plus exposées aux risques d'infection, qui constituent les moteurs de l'épidémie. L'exercice de modélisation des modes de transmission du VIH a montré que 67% des nouvelles infections se produisent dans les réseaux des populations à haut risque, contre près de 24% chez les clients des professionnelles du sexe et 27% parmi la population hétérosexuelle à faible risque.

La dernière étude réalisée en 2007 sur les comportements, attitudes et pratiques des jeunes en matière de VIH/SIDA, a montré que 64% des jeunes fréquentent occasionnellement les professionnelles du sexe et 4% le font régulièrement. 67% des jeunes connaissent les IST/ SIDA et les modes de transmission, mais la plupart associent le risque de contamination à l'activité du partenaire et sont réticents à l'utilisation du préservatif, 35% utilisent régulièrement le préservatif et 23% ne l'ont jamais utilisé.

Face à cet aperçu, la problématique des jeunes demeure une préoccupation du Département de la Santé qui, conscient de la dimension socioculturelle, a développé une stratégie nationale de promotion de la santé des jeunes, couvrant la période 2011-2015, en partenariat avec les Départements Gouvernementaux à caractère social, en l'occurrence le Ministère de l'Éducation Nationale et le Ministère de la Jeunesse et des Sports, le Ministère de la Femme de la Famille et du Développement Social, et la Société Civile.

Cette stratégie vise à « assurer la convergence des actions institutionnelles et communautaires en vue de promouvoir la santé du jeune marocain et de faire de lui un citoyen informé et acteur responsable de sa santé ».

Par ailleurs le Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA 2012-2016, à l'instar de celui qui a couvert la période 2007-2011, et qui vise à « concrétiser l'accès universel à des services de prévention, de soins et d'appui de qualité en matière de VIH en vue de converger vers l'objectif de zéro nouvelle infection », réserve un volet spécifique aux jeunes, notamment ceux en situation de vulnérabilité.

J'espère que les travaux de notre atelier vont aboutir à l'élaboration d'une stratégie concertée pour la santé des jeunes adaptée à notre contexte et émettre des recommandations permettant à nos pays de répondre à leurs engagements internationaux et de contribuer à l'atteinte des objectifs assignés en 2015, notamment ceux du Millénaire pour le développement et tout particulièrement les OMD 4, 5 et 6 liés à la Santé, ainsi que les engagements de la Déclaration politique des Nations Unies, de 2011, relative au VIH/SIDA.

Je vous remercie encore une fois d'avoir organisé cet atelier au Maroc, des remerciements spécifiques sont adressés au Bureau de l'UNESCO de Rabat qui organise cet événement en collaboration avec l'ONUSIDA.

Je ne manquerais pas de remercier nos partenaires internationaux et nationaux des Départements Gouvernementaux et de la Société civile pour leur collaboration fructueuse en matière de santé et souhaite beaucoup de succès aux travaux de cet atelier.

Allocution de M. Bruno Pouezat Coordonnateur Résident du Système des Nations Unies au Maroc

Mesdames et Messieurs

Permettez-moi tout d'abord de féliciter le bureau de l'UNESCO au Maghreb pour l'organisation de cet important atelier en collaboration avec le Ministère de la Santé et le Ministère de la Jeunesse et des Sport du Maroc, l'ONUSIDA et l'UNFPA.

Je voudrais également souhaiter la bienvenue aux Délégations des pays du Maghreb, Algérie, Tunisie et Mauritanie, et les remercier pour leur présence et leur implication qui témoigne de la volonté de tous pour échanger les expériences entre les pays, renforcer la collaboration et capitaliser sur les bonnes pratiques.

La thématique de la promotion de l'éducation pour la santé, la santé sexuelle et reproductive et la prévention du VIH et des conduites addictives auprès des jeunes au Maghreb relève d'une importance cruciale dans la région. En effet, investir pour la santé des jeunes est primordial et indissociable des mécanismes de promotion du développement socio-économique des pays. A cet égard, il est capital que les pays mettent en œuvre des stratégies globales, intégrées et multisectorielles, ainsi que des approches adaptées pour la promotion de la santé des jeunes. Cette jeunesse se trouve aujourd'hui confrontée à des problématiques émergentes, à des défis et fléaux, notamment la consommation de tabac et l'usage de drogues, de plus en plus précoce, les comportements sexuels à risques et le manque de prévention du VIH. Ces réalités poignantes appellent à un renforcement des efforts et à une vigilance accrue pour préserver la jeunesse de ces menaces.

L'éducation pour la santé est une approche qui a été développée il a maintenant de nombreuses années et fait ses preuves dans de nombreux pays. Il ne s'agit pas seulement d'informer des jeunes mais surtout de développer leurs compétences et d'assurer leur participation active afin qu'ils deviennent des acteurs clés dans la promotion de leur santé. Citons à titre d'illustration, l'expérience d'éducation par les pairs ; les jeunes pour les jeunes, qui a montré son efficacité notamment pour la prévention du VIH. Une expérience notable existe déjà et au Maroc et dans les autres pays de la région, il convient désormais de l'enrichir et de la capitaliser.

Le Plan Cadre des Nations Unies pour la Coopération au Développement entre le Système des Nations Unies et le Royaume du Maroc pour la période 2012-2016 accorde une grande importance à la thématique de la santé, en lui réservant un axe spécifique, qui ambitionne que « les populations vulnérables aient un meilleur accès à la prévention, utilisent davantage les services de qualité et jouissent d'un état nutritionnel satisfaisant ». La thématique de la santé se retrouve également et de manière transversale dans les autres axes, notamment ceux relatifs à « l'amélioration de l'éducation et la formation » et à « la réduction de la vulnérabilité et des inégalités, y compris celles de genre ».

Pour la question spécifique du VIH/SIDA, un plan conjoint d'appui des Nations Unies a été développé et constitue notre cadre d'intervention pour la période 2012-2016. Il focalise la contribution des Nations Unies sur des priorités et résultats précis, à même d'apporter une valeur ajoutée et d'assurer synergie et harmonisation avec les autres partenaires au développement. A cet effet, la division du travail en matière d'appui entre les agences des Nations Unies a été revue et adaptée à la situation et aux capacités des différentes agences représentées au Maroc.

J'aimerais terminer mes propos en réaffirmant la volonté et la détermination de toutes les agences des Nations Unies au Maroc pour renforcer la collaboration avec les Ministères de la Santé, de la Jeunesse et des sports, de l'Éducation et les ONG, en matière de promotion de la santé des jeunes.

Le programme de cette rencontre témoigne de la richesse des expériences existantes au Maghreb dans le domaine de la promotion de la santé des jeunes. Il convient aujourd'hui de capitaliser sur les bonnes pratiques pour renforcer les stratégies et approches en matière d'éducation pour la santé. Convaincu que cette rencontre constituera un espace d'échanges actifs et constructifs, je souhaite un plein succès aux travaux de cet atelier.

Allocution de Monsieur Philippe Quéau, Représentant de l'UNESCO au Maghreb

**Mesdames et Messieurs,
Chers Collègues des Nations unies,**

Je désire de prime abord vous souhaiter, au nom de l'UNESCO, la bienvenue à cet atelier « *Promouvoir l'éducation pour la santé, la santé sexuelle et reproductive et la prévention du VIH et des conduites addictives auprès des jeunes au Maghreb : enjeux et perspectives* », ainsi qu'un agréable séjour aux participants qui nous viennent des pays de la sous-région.

Notre sous-région, à l'instar du reste du monde, notamment la région arabe, est en pleine mutation. Elle change, et par conséquent, les pouvoirs publics doivent faire face aux profondes mutations de la société dans tous les domaines : La place de l'économie, le rapport aux institutions, et donc au politique, les transformations sociales qui transcendent les générations ; les attentes des citoyens. Les bouleversements sont nombreux et rapides. La santé, à l'évidence, n'échappe pas à cette règle. Je pense en particulier aux conséquences des évolutions épidémiologiques, au développement des addictions et au poids croissant des maladies chroniques.

L'éducation pour la santé trouve sa justification dans les données de santé publique qui soulignent aujourd'hui l'importance des comportements comme facteurs explicatifs de la majorité des décès considérés comme prématurés et évitables.

Outre l'accompagnement des réformes en vue d'une meilleure qualité de l'éducation, l'alphabétisation, l'éducation à la citoyenneté, l'UNESCO, à travers son Bureau multi pays pour l'Algérie, le Maroc, la Mauritanie et la Tunisie, accorde un intérêt tout particulier à l'éducation à la santé et au développement des compétences psychosociales des jeunes, notamment la participation à la lutte contre le VIH/SIDA.

A l'évidence, l'éducation à la santé est un objectif de santé publique reconnu par tous, mais encore faut-il pouvoir améliorer sa mise en place en direction des adolescents. En effet, la pertinence des actions est d'actualité. Mais que veulent-ils donc, ces adolescents d'aujourd'hui ? Si les attentes dans ce domaine ne sont pas toujours faciles à cerner (et à exprimer !), l'analyse des attitudes et du mode de vie des adolescents, ainsi qu'une réflexion sur la pratique de l'intervention préventive, apportent des éléments de réponse.

Les publics ciblés sont en priorité les enfants et les adolescents, car c'est à ce stade qu'ils sont le plus confrontés au problème des conduites « à risques ».

C'est à cet effet, que des actions sont menées, notamment à travers l'information et l'éducation pour la santé en milieu scolaire, de manière à retarder, par exemple, de façon significative, chez les garçons comme chez les filles, l'âge de début du tabagisme.

La responsabilité de l'information et de l'éducation pour la santé à l'école incombe aux ministères de l'Éducation et de la Santé, qui disposent de nombreux moyens d'intervention (professionnels de santé, dispositifs favorisant la vie scolaire, programmes scolaires) mais également, à d'autres départements, aux organisations spécialisées, à la famille et à la société civile. Les départements en charge de l'éducation dans la sous-région sont déjà impliqués dans des dispositifs de coordination interministérielle pour des problèmes de santé graves à court terme (transmission du VIH, toxicomanie), mais pas suffisamment.

Beaucoup de chemin reste à parcourir, notamment à travers : i) la consolidation des bases méthodologiques et scientifiques, car le dispositif d'éducation pour la santé souffre d'un défaut de relation avec le secteur de la recherche et d'une inscription insuffisante des actions de communication nationale dans des stratégies diversifiées (faisant appel à l'ensemble des moyens d'intervention susceptibles d'être adoptés pour l'atteinte des objectifs recherchés, y compris ceux dépassant le seul

cadre de l'information et de l'éducation sanitaires) ; ii) la formation des compétences et les intervenants en éducation pour la santé ; iii) la consolidation des crédits d'État affectés à l'éducation pour la santé ; iv) l'intensification de la recherche dans le domaine ; v) la capitalisation sur les différentes actions et études existantes (la Commission européenne de l'Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé (UIEPS) a répertorié, au niveau international, 200 études d'efficacité d'actions d'éducation ou de promotion de la santé).

Mesdames et Messieurs

C'est dans le sillage de cette dynamique que s'inscrit aujourd'hui l'organisation de cet atelier qui permettra une réflexion approfondie autour de ces importants enjeux qui concernent les futures sociétés du Maghreb.

Tout en réitérant mes remerciements aux participants pour avoir répondu à l'invitation, je souhaite plein succès à cet atelier qui, avec les efforts de tout un chacun, atteindra les objectifs escomptés.

PROMOTION DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTE DES JEUNES EN ALGÉRIE

État des lieux, problématiques et préconisations

Brahim Abassi

Directeur de l'Enseignement Fondamental, Ministère de l'Éducation

La jeunesse représente l'un des facteurs de changement social de par sa puissance dans la dynamique des sociétés, aussi, les perspectives de développement durable sont étroitement liées à la mise en œuvre d'une politique globale efficace pour la promotion de la santé des jeunes. La santé se caractérise par « un état de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » selon l'OMS. La prise en charge de cet enjeu déterminant pour l'avenir de nos pays doit passer par l'établissement d'un état des lieux, pour susciter des réflexions et des analyses devant déboucher sur des orientations stratégiques et surtout, sur une action collective, concertée et pérenne.

1- LE CONTEXTE SITUATIONNEL

Jusqu'au milieu des années 1980, la jeunesse algérienne a bénéficié d'un environnement politique et socio-économique relativement stable, caractérisé par un système politique monolithique et par une économie dirigée. La crise financière de 1986, ainsi que les événements d'octobre 1988 et le démantèlement du bloc socialiste ont profondément changé cette donne avec l'instauration du pluralisme politique et la libéralisation de l'économie.

Les réformes politiques engagées ont engendré des bouleversements qui ont affecté gravement et profondément la jeunesse. Sur le plan économique, la pression des créanciers et celle du FMI ont conduit le pays au rééchelonnement de la dette et à la mise en œuvre d'un plan d'ajustement structurel, socialement contraignant. Durant la décennie 1990, l'accent mis sur la lutte contre le terrorisme relègue au second plan la gestion du service public.

Depuis le début des années 2000, un effort multiforme est fourni par les pouvoirs publics en direction de la jeunesse à travers des plans, des programmes, des fonds, des subventions, des dispositifs et des mesures qui se sont succédé au fil des années et qui ont largement contribué à l'apaisement social.

A l'état actuel de l'évolution du pays, encore marqué par les séquelles des années de violence, le problème du devenir et de l'avenir des jeunes est plus que jamais posé aux pouvoirs publics.

2- DE QUELQUES DÉTERMINANTS SOCIOLOGIQUES

2-1- Qu'est ce que la jeunesse ?

La jeunesse est une période de la vie qui correspond au temps de l'expérimentation d'une certaine liberté. Elle peut représenter une phase d'intégration ou d'exclusion, puisque le jeune gère une dualité entre le désir d'être libre et la nécessité de garantir son avenir.

2-2- Sous quel angle aborder le problème de la jeunesse ?

La jeunesse de l'Algérie se caractérise par son poids démographique et par la diversité sociale de ses composantes. La réflexion relative à la situation de cette jeunesse se doit en premier lieu d'identifier et de définir les problèmes, les besoins et les aspirations qui lui sont propres.

2-3- L'emploi et l'insertion socio-professionnelle des jeunes

Les dispositifs d'emploi instaurés par le gouvernement expriment la volonté de lutter contre l'exclusion socio-économique des jeunes. De nombreux dispositifs ont été mis en place, l'activité d'intermédiation est en effet fragmentée entre l'ANEM, la CNAC, l'ADS, l'ANSEJ et l'ANGEM. L'avis des jeunes sur la réussite de l'État dans la lutte contre le chômage a été recueilli au cours d'une enquête (500 enquêtés –

CRASC), dont les résultats démontrent la diversité des opinions des jeunes. En effet 28,4% estiment que l'État a réussi sa mission, 38,8% pensent qu'il a peu réussi et 32,8% jugent que l'État n'a pas réussi sa politique d'insertion socio-professionnelle des jeunes.

Le travail informel, notamment dans les grandes villes, est devenu une source de subsistance et d'intégration sociale pour une majorité de jeunes. Le travail formel reste pourtant perçu par les jeunes comme une solution d'intégration et source d'une stabilité sociale et professionnelle. L'exclusion sociale ressentie par les jeunes chômeurs est perçue comme un mal être et une absence de toute perspective d'avenir.

2-4- L'intégration des jeunes dans l'environnement social

En matière de pratiques culturelles, le constat montre un désengagement des jeunes vis-à-vis de l'activité culturelle organisée. Le rapport des jeunes aux médias varie fortement selon les types. La presse écrite nationale est lue par 19%-10,7% des jeunes et ils ne sont que 17% à lui accorder une certaine crédibilité, alors que 4,1%-37% lisent la presse écrite étrangère et lui accordent 41,4% de crédibilité. L'écoute radiophonique quotidienne est pratiquée par 27% des jeunes tandis qu'ils consacrent 1 à 2 heures à regarder des programmes télévisuels en famille (informations, sport, feuillets) et 3 à 6 heures individuellement.

La religion représente pour les jeunes une valeur très importante. Sur 500 jeunes enquêtés, âgés entre 18 et 35 ans, 62,5 % déclarent faire la prière régulièrement et 63,2% s'identifient surtout à travers l'appartenance à la religion. Selon cette même enquête, 25,4% considèrent que leurs parents ne pratiquent pas la prière conformément à la chariâa, 32,6% se déclarent prêts à empêcher leurs sœurs ou leurs mères de visiter des lieux saints et 30,1 % à exiger d'elles le port du hidjab. Le phénomène de la religiosité chez les jeunes reste un phénomène complexe et de manière générale peu connu, ils n'adoptent pas les mêmes convictions ni les mêmes positions sur une même question.

Le rapport des jeunes algériens à la citoyenneté montre une implication globalement faible dans la sphère publique et politique et le peu d'intérêt qu'ils accordent à la politique. Ils orientent néanmoins manifestement leur choix en faveur d'un système politique démocratique et expriment des appréciations critiques sur le système de gouvernance en place. Les valeurs restent le refuge de la construction de l'identité nationale.

2-5- Les déviations et les fléaux sociaux

La jeunesse actuelle en Algérie est incontestablement marquée par des événements majeurs qui ont façonné ses comportements, ses opinions et ses aspirations. Au cours de ces dernières années, les comportements déviants touchant particulièrement les jeunes atteignent des proportions inquiétantes et déconcertent aussi bien les citoyens que les pouvoirs publics. Les déviations et les fléaux sociaux sont la résultante de plusieurs facteurs : la pauvreté et des conditions de vie très difficiles (habitat précaire, absence de loisirs, d'espaces libres, promiscuité, etc.), l'échec scolaire, la perte des repères traditionnels et le relâchement voire la dislocation des liens interpersonnels, les effets et les conséquences du terrorisme, le comportement inadapté et démissionnaire des parents vis-à-vis des enfants, les violences physiques ou morales, etc.

Nombreuses sont les conséquences de ce contexte qui engendre différents types de comportements déviants et de fléaux sociaux. Les actes de délinquance sont fréquents chez les jeunes avec comme délits prédominants les vols. Les conduites addictives et la toxicomanie touchent fortement la jeunesse et sont à mettre en relation avec la pratique d'actes antisociaux. Autre fait social grave, le suicide touche particulièrement les jeunes. En effet, d'après une enquête menée auprès de 400 personnes, 16,5% d'entre eux ont déjà pensé au suicide, dont 63% de femmes et 27% d'hommes et dont 55% sont âgées entre 20 et 34 ans. Les principales causes invoquées par 65 enquêtés ayant déjà pensé au suicide sont les problèmes relatifs aux disputes avec les parents (47 cas), aux disputes au sein de la fratrie (14 cas) et les échecs amoureux (18 cas). Le phénomène social de l'émigration clandestine ou des harragas a pris des proportions importantes chez les jeunes algériens. « El haraga » est une expression sociologique d'un malaise socioéconomique, culturel et psychologique, qui désigne toutes les formes de rupture avec les règles, les lois et avec les pratiques officielles. Autre conséquence visible, l'intégrisme, pourvoyeur de

terrorisme, recrute fortement dans le milieu de la jeunesse en recourant à l'argument financier et aux discours accrocheurs.

La lutte contre les différentes formes de comportement de déviance et de marginalité des jeunes passe par une thérapie de choc qui réside dans l'appui à la croissance et au développement durable, la consolidation de la famille, une école performante et un environnement sain, largement ouvert à la promotion du sport, de la culture et des loisirs.

3. LE CADRE JURIDIQUE ET RÉGLEMENTAIRE

L'action publique dans le domaine de l'éducation pour la santé, ainsi que la garantie des droits et la promotion dans ce domaine sont régis par le cadre juridique et réglementaire national, avec comme fondements les articles afférents de la constitution et les lois relatives aux domaines de la santé et de l'éducation. L'Algérie est également signataire d'un certain nombre d'accords internationaux relatifs à ce domaine.

3-1- La constitution algérienne du 28 novembre 1996

Article 31 : *Les institutions ont pour finalité d'assurer l'égalité en droits et devoirs de tous les citoyens et citoyennes en supprimant les obstacles qui entravent l'épanouissement de la personne humaine et empêchent la participation effective de tous, à la vie politique, économique, sociale et culturelle.*

Article 32 : *Les libertés fondamentales et les droits de l'homme et du citoyen sont garantis. Ils constituent le patrimoine commun de tous les Algériens et Algériennes, qu'ils ont le devoir de transmettre de génération en génération pour le conserver dans son intégrité et son inviolabilité, notamment le droit à la santé.*

Article 34 : *L'État garantit l'inviolabilité de la personne humaine. Toute forme de violence physique ou morale ou d'atteinte à la dignité est proscrite.*

Article 35 : *Les infractions commises à l'encontre des droits et libertés, ainsi que les atteintes physiques ou morales à l'intégrité de l'être humain sont réprimées par la loi.*

Article 54 : *Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'État assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques.*

Article 55 : *Tous les citoyens ont droit au travail. Le droit à la protection, à la sécurité et à l'hygiène dans le travail est garanti par la loi.*

3-2- La loi sanitaire du 16 février 1985 modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé.

Article 2 : *La protection et la promotion de la santé concourent au bien être physique et moral de l'homme et à son épanouissement au sein de la société, et constituent, de ce fait, un facteur essentiel du développement économique et social du pays.*

Article 3 : *Les objectifs en matière de santé visent la protection de la vie de l'homme contre les maladies et les risques, ainsi que l'amélioration des conditions de vie et de travail, notamment par :*

- *Le développement de la prévention ;*
- *La distribution de soins répondant aux besoins de la population ;*
- *La protection sanitaire prioritaire des groupes à risques ;*
- *La généralisation de la pratique de l'éducation physique, des sports et des loisirs ;*
- *L'éducation sanitaire.*

Article 67 : *La famille bénéficie de la protection sanitaire pour sauvegarder et promouvoir les conditions de santé et d'équilibre psycho-affectif de ses membres.*

Article 74 : *Les enfants sont pris en charge en matière de surveillance médicale, de prévention, de vaccination, d'éducation sanitaire et de soins, selon des modalités fixées par les services de santé.*

Article 77 : *La protection sanitaire vise la prise en charge de la santé des élèves, des étudiants et des enseignants, dans leur milieu éducatif, scolaire, universitaire ou professionnel, par :*

- *Le contrôle de l'état de santé de chaque élève, étudiant et enseignants, et de toute autre personne ayant un contact direct ou indirect avec eux ;*
- *Les activités d'éducation sanitaire ;*
- *Le contrôle de l'état de salubrité des locaux et dépendances de tout établissement d'enseignement et de formation.*

3-3- La loi d'orientation sur l'éducation nationale du 23 janvier 2008 :

Article 13 : *L'enseignement est gratuit à tous les niveaux dans les établissements relevant du secteur public de l'éducation nationale.*

De plus, l'État apporte son soutien à la scolarisation des élèves démunis en leur permettant de bénéficier d'aides multiples, notamment en matière de bourses d'études, de manuels et de fournitures scolaires, d'alimentation, d'hébergement, de transport, et de santé scolaire.

Toutefois, la contribution des parents à certains frais en rapport avec la scolarité et sans porter atteinte au principe de gratuité de l'enseignement peut être sollicitée, selon des dispositions définies par voie réglementaire.

Article 14 : *L'État veille à permettre aux enfants ayant des besoins spécifiques de jouir du droit à l'enseignement.*

Le secteur de l'éducation nationale, en liaison avec les établissements hospitaliers et les autres structures concernées, veille à la prise en charge pédagogique appropriée et à l'intégration scolaire des élèves handicapés et des malades chroniques.

Article 21 : *Les châtiments corporels, les sévices moraux et toutes formes de brimades sont interdits dans les établissements scolaires.*

Les contrevenants aux dispositions du présent article s'exposent à des sanctions administratives, sans préjudice des poursuites judiciaires.

Article 96 : *Dans le but d'atténuer les disparités sociales et économiques et de favoriser la scolarisation et la poursuite d'études, l'État suscite la solidarité scolaire et la solidarité nationale et développe l'action sociale au sein des établissements scolaire avec la participation des collectivités locales et des secteurs concernés.*

Article 97 : *L'action sociale en direction des élèves comprend des aides multiples liées notamment à l'acquisition des moyens d'enseignement et des fournitures scolaires, au transport à l'alimentation, à la santé scolaire et aux activités culturelles, sportives et de loisirs.*

3-4- L'adhésion de l'Algérie aux traités, conventions, recommandations et engagements internationaux

L'Algérie a adhéré à la Déclaration Universelle des Droits de l'homme de la façon suivante : « La République donne son adhésion à la déclaration Universelle des Droits de l'homme. Convaincue de la nécessité de la coopération internationale, elle donnera son adhésion à toute organisation internationale répondant aux aspirations du peuple algérien. » JO n° 64 du 10 Septembre 1963.

Le pays adhère également au pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels et au pacte international relatif aux droits civils et politiques, ainsi qu'à la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination radicale et a signé des accords avec certaines Organisations Internationales (UNESCO, OMS, UNICEF, OIT, etc.).

4. ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTE EN MILIEU SCOLAIRE

4-1- L'éducation, une priorité nationale

L'éducation nationale, considérée comme un investissement productif et stratégique, bénéficie de la priorité de l'État. La politique éducative conforte et promeut les principes affirmés dans les textes fondamentaux du pays qui accordent une place centrale à l'élève dans le système éducatif, garantissent le droit à l'enseignement et le rend obligatoire pour les enfants âgés de 6 à 16 ans révolus. Ces fondements ainsi que celui de la gratuité de l'enseignement dans les établissements publics visent la démocratisation de l'enseignement.

Ainsi les effectifs globaux des élèves ont été multipliés par 10 depuis 1962 pour atteindre plus de 8 millions d'élèves à la rentrée scolaire 2012-2013.

Répartition des effectifs d'élèves par cycle d'enseignement

NIVEAUX D'ENSEIGNEMENT	EFFECTIFS ÉLÈVES	% DE FILLES	ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRE
Education préparatoire (5 ans)	421 229	49,50	
Enseignement primaire (6-11 ans)	3 591 362	47,37	18 036
Enseignement moyen (12-15 ans)	2 809 368	48,95	5 104
Enseignement secondaire général et technologique (16-18 ans)	1 470 052	57,56	1 974
Total Général	8 292 011	49,61	25 114

L'indice de parité des sexes pour l'accès à l'éducation varie de 0,97 pour le cycle primaire à 1,15 pour le cycle secondaire. Ce ratio traduit dans l'ensemble une égalité des genres en matière de scolarisation.

4-2- Actions mises en œuvre par le secteur de l'Éducation Nationale

a) Les contenus d'enseignement

Les programmes scolaires en vigueur dans les trois cycles d'enseignement comportent un ensemble de thèmes ayant trait à l'éducation sanitaire et ce, dans plusieurs disciplines porteuses et à différents niveaux d'enseignement.

Contenu relatif à l'éducation sanitaire dans l'enseignement primaire

DOMAINE CONCEPTUEL	NIVEAU	UNITÉ DIDACTIQUE	SÉQUENCES
Éducation à la santé	1 ^o année primaire	L'alimentation	- Le régime varié - L'origine des aliments - La bonne alimentation - La répartition des repas - L'hygiène de la détention
	2 ^o année primaire	La malnutrition	-La santé des dents -Les maladies de la faim -Les maladies par excès - Les habitudes alimentaires à éviter
	3 ^o année primaire	La ration équilibrée	La composition du repas scolaire

	3° année primaire	La respiration	L'hygiène respiratoire
	4° année primaire	Fonctions de nutrition : -la digestion -la respiration -la circulation du sang	-Les besoins énergétiques -Les besoins qualitatifs -Les rations alimentaires -Les maladies d'origine nutritionnelle -Le sang indispensable à la vie
	5° année primaire	Corrélations fonctionnelles	L'adaptation de la respiration aux besoins de l'organisme
	2° année primaire	Croissance et développement	Mouvement corporel en relation avec le sport Hygiène de vie pour une bonne croissance (l'alimentation, le sommeil ...)
Éducation à la sécurité	Cycle primaire	Objet technologique	Principes simples de sécurité

Contenu relatif à l'éducation sanitaire dans l'enseignement moyen

THÈMES	NIVEAU	UNITÉ CONCEPTUELLE	SÉQUENCES
Nutrition et santé	1° année moyenne	Les besoins nutritifs de l'organisme	Rations alimentaires - Les caractères d'une alimentation rationnelle - Les maladies liées à une alimentation déséquilibrée
		La respiration	-Les asphyxies et empoisonnements respiratoires -Les dangers d'une atmosphère confinée -L'empoisonnement par le monoxyde de carbone -Les effets de la pollution atmosphérique sur les maladies respiratoires -Les dangers du tabac
		L'excrétion	L'homéostasie et règles d'hygiène
Substances chimiques, drogues et santé	4° année moyenne	La communication nerveuse	Les drogues et perturbation des relations entre l'homme et son environnement
La réponse de l'organisme à l'agression microbienne	4° année moyenne	La réponse immunitaire	Les défenses de l'organisme -Les défenses locales -La défense par les anticorps -La défense par les cellules tueuses -L'immunité acquise par vaccination -L'immunité acquise par sérothérapie -Les troubles de la réponse immunitaire (les allergies) -Les groupes sanguins et le problème des transfusions -Troubles immunologiques - Le rôle de la vaccination et la sérothérapie
Les maladies sexuellement transmissibles	1° année moyenne	La santé reproductive	L'infection par le virus du sida
Maladies chromosomiques et maladies héréditaires	4° année moyenne	La transmission des caractères héréditaires	- L'augmentation de la probabilité d'apparition de maladies génétiques par le mariage consanguin - Les mutations génétiques provoquées par les radiations nucléaires

b) La santé scolaire

Le programme de santé scolaire est pris en charge par le Ministère de la Santé, de la population et de la recherche hospitalière et par le Ministère de l'Éducation Nationale. Des unités de dépistage et de suivi (UDS) sont implantées dans les établissements scolaires. Selon la circonscription géographique, l'UDS

prend en charge les élèves de l'établissement où elle est implantée et ceux des 4 à 7 autres établissements pour un effectif allant de 6 à 7000 élèves.

Quatre missions principales ont été affectées aux UDS : la mise en œuvre des programmes de vaccination contre la polio et la rougeole, l'examen systématique des élèves, la prévention et la détection des cas de maltraitance et plus généralement le suivi sanitaire des élèves. Pour ce faire les UDS bénéficient de moyens d'encadrement qui en 2012, se sont élevés à 1539 médecins généralistes, 1329 chirurgiens dentistes, 1067 psychologues et 1968 agents paramédicaux. L'action des UDS est par ailleurs soutenue par 14067 clubs de santé actifs dans les établissements scolaires des trois cycles d'enseignement qui réunissent élèves, enseignants, médecins et paramédicaux autour d'actions d'information, de sensibilisation, de prévention et de lutte contre les fléaux sociaux (toxicomanie, tabagisme) et les IST/VIH/Sida.

Le programme de santé scolaire assure aussi la prise en charge des enfants ayant des besoins spécifiques par le biais d'un enseignement d'adapté fourni par 157 écoles pour 1884 élèves et par la prise en charge des élèves déficients sensoriels dans les établissements scolaires.

Élèves déficients sensoriels scolarisés dans les établissements scolaires

Malentendants			Malvoyants		
Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
4 822	5 371	10 193	44 814	62 744	107 558

Élèves handicapés moteurs scolarisés dans les établissements scolaires

Membres inférieurs			Membres supérieurs			Difficultés de marche		
Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
1 385	1 626	3 011	719	850	1 569	987	1 225	2 212

Les élèves malades chroniques bénéficient d'une scolarisation en milieu hospitalier dans 39 CHU et EHS répartis sur 11 wilayas, quant aux enfants atteints de trisomie 21, 227 sont scolarisés dans 35 classes réparties entre 8 wilayas. A noter également l'existence de classes expérimentales d'éducation inclusive.

c) Les activités extra-curriculaires

Ces opérations sont réalisées avec le concours du secteur de la Santé et l'appui du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria, dans les domaines de la prévention et de la lutte contre les fléaux sociaux (tabagisme, drogues, toxicomanie, violence en milieu scolaire, VIH/SIDA, etc.). La mise en œuvre de ces activités peut prendre différentes formes, telles que la formation des intervenants éducatifs, l'organisation de conférences et la célébration de journées Mondiales (cours thématiques, confection de supports didactiques expositions, concours de dessin, pièces théâtrales, etc.) ou encore la publication d'articles dans le journal de l'établissement.

d) Le soutien à la scolarisation :

L'action de l'État dans ce domaine, complétée par la participation des collectivités locales et des secteurs concernés, vise à atténuer les disparités sociales et économiques. Elle consiste en de multiples formes d'aides. En premier lieu, le soutien à la scolarisation passe par l'action sociale en direction des élèves nécessiteux à travers l'acquisition des moyens d'enseignement, des cartables, des tabliers, lunettes médicales, des fournitures scolaires. Participent à cette action les collectivités locales, les directions de wilayas de l'action sociale, des associations des parents d'élèves, des commissions de wilayas de la solidarité scolaire, le Croissant Rouge Algérien et d'autres secteurs. L'État assure aussi l'octroi d'une prime de scolarité à 3 millions d'élèves issus des milieux défavorisés et met en place des mesures destinées à assurer la disponibilité des manuels scolaires agréés et à en faciliter l'accès à tous les élèves. Pour permettre d'améliorer sensiblement les conditions de scolarisation dans les zones déshéritées et

enclavées, les cantines scolaires ont été densifiées et des internats et demi-pensions ont été ouverts dans un grand nombre de collèges et de lycées. Enfin, 4565 bus ont été mis à disposition des communes en 2012, permettant de faire bénéficier du transport scolaire plus de 700 000 élèves, scolarisés dans leur grande majorité dans les établissements situés en zones rurales.

5- SANTE ET JEUNESSE

Les activités liant le secteur de la jeunesse et des sports au secteur de la santé, notamment en matière de prévention et sensibilisation, restent limitées malgré les quelques actions d'information et de communication entreprises régulièrement par les collectivités locales dans le cadre de la lutte contre le SIDA, le tabagisme et la toxicomanie. En revanche, des UMP (Unité de Médecine Préventive) ont été instaurées auprès du secteur de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

6- POUR UNE APPROCHE PAR LA GLOBALITE ET LA COHERENCE

Il y a nécessité d'inscrire la politique éducative pour la promotion de la santé des jeunes dans une démarche globale, intégrative et coordonnée autour des objectifs de promotion des activités éducatives, de l'insertion sociale, l'animation culturelle, scientifique et de loisirs, à travers l'écoute, le dialogue, l'information et la communication.

Cette démarche ne peut aboutir que si l'action des différents secteurs de l'État, ayant en partage la lourde responsabilité de la jeunesse, établissent un consensus intersectoriel sur les objectifs stratégiques et les actions prioritaires à mener pour répondre aux besoins des jeunes, assurer leur préservation et les préparer à leurs responsabilités futures.

Plus concrètement, les problématiques de la jeunesse, extrêmement préoccupantes et multiples sollicitent des actions concrètes dans au moins sept directions :

- 1- En direction des jeunes insérés dans un système institutionnel et qui sont les moins défavorisés, afin de les motiver et de les placer dans une trajectoire de réussite et de promotion sociale.
- 2- En direction des jeunes non insérés dans un système institutionnel, c'est-à-dire exclus des circuits éducatifs, de la formation professionnelle ainsi que des dispositifs publics d'emploi des jeunes.
- 3- En direction des jeunes délinquants, toxicomanes, alcooliques, qui sont en proie au phénomène de la violence.
- 4- En direction de la petite et de la jeune fille dont les besoins spécifiques ne sont pas pris en charge par les établissements de jeunesse.
- 5- En direction des jeunes confrontés à l'oisiveté parce qu'ils n'ont pas la possibilité d'occuper leur temps libre de façon saine, utile et profitable.
- 6- En direction des jeunes dont la santé est menacée, notamment par le SIDA.
- 7- En direction du mouvement associatif qui constitue un espace d'information et de communication, un cadre d'initiative et un trait d'union entre tous les acteurs sociaux, mais qui, à l'heure actuelle, est dans la quasi incapacité de mobiliser la jeunesse et de soustraire à l'action néfaste des courants qui les instrumentalisent.

Les pouvoirs publics devront mener des actions coordonnées et concertées dans ces multiples domaines et ce, dans le cadre d'une politique nationale de la jeunesse.

STRATÉGIE DE PROMOTION DE LA SANTÉ DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES AU MAROC

Mme Najat Gharbi

Chef de la division de la santé scolaire et universitaire, Ministère de la Santé, Maroc

L'adolescence est la période de la vie marquée par la transition de l'enfance à l'âge adulte et au cours de laquelle d'importants changements se produisent en termes de maturation physique, psychoaffective et sexuelle. Ces transformations sont inévitables et indispensables à la croissance physiologique et au développement harmonieux de l'être.

Les perceptions sur la santé des adolescents révèlent une certaine ambiguïté. En effet, l'image que se font de la santé des adolescents et des jeunes, le public, les professionnels et les jeunes eux-mêmes, oscille entre deux extrêmes. D'un côté les adolescents sont vus comme des personnes en bonne santé consultant peu les services de santé, donc ils ne méritent pas que l'on s'intéresse particulièrement à eux. La population adolescente est à l'inverse parallèlement perçue comme une population cumulant risques et problèmes (accidents, grossesses non désirées, psychotropes, etc.).

L'investissement dans le renforcement des habilités et des attitudes favorables à la perception des risques sur la santé des comportements malsains chez les jeunes détermine leur destinée et par conséquent celle de la société dans son ensemble et constitue un enjeu majeur et une option incontournable pour tout développement durable.

« Ce sont ces jeunes pleins de volonté, de courage, d'altruisme et d'abnégation qui concrétisent la citoyenneté positive sur laquelle Nous comptons pour plus de créativité, de persévérance, de création des richesses et pour une mobilisation générale en faveur d'un développement soutenu, pourvoyeur d'opportunités d'emploi, garant d'une vie digne et décente. »

Extrait du Discours Royal à l'occasion du 51^{ème} anniversaire de la Révolution du Roi et du Peuple, Tétouan, 20 août 2004.

Les jeunes d'aujourd'hui constituent le reflet de tout investissement dans le capital humain et, forcément, les préalables au développement escompté. Le renforcement des capacités humaines de cette tranche de la population demeure cependant handicapé par une série d'entraves liées à l'offre en matière d'éducation et, dans le domaine de la santé, aux insuffisances constatées chez les éducateurs en matière d'informations, d'écoute, de conseils et de soutien.

Pour assurer le bien-être des jeunes et leur permettre de jouir de leurs droits, il nous faut comprendre la période de l'adolescence et ses spécificités afin de les aider à prendre des décisions réfléchies et à résoudre leurs problèmes, faire face aux émotions et maîtriser le stress, et à acquérir la capacité de s'adapter à l'environnement qui leur est offert ou de le modifier si cela s'avère nécessaire.

I - EN QUOI L'ADOLESCENCE EST-ELLE UNE PÉRIODE SPÉCIFIQUE ET EN QUOI CETTE SPÉCIFICITÉ INFLUE-T-ELLE SUR TOUTES LES PROBLÉMATIQUES DE CET ÂGE ?

En premier lieu, il est important de souligner que le poids des jeunes est une réalité démographique importante, les 10-24 ans représentent près du tiers de la population totale.



Or la vulnérabilité des adolescents et des jeunes face à un certain nombre de défis et de menaces auxquels ils sont exposés risquent de compromettre leur santé, leur bien-être physique et mental à long

terme, et par conséquent leur avenir social et éducatif. Les agissements ou les manquements observés à cette période de croissance marquent la vie de tout individu.

Caractéristiques de la population cible

La population scolaire et universitaire marocaine représente plus d'un cinquième de la population totale, soit près de 7 millions d'élèves et d'étudiants. Investir dans la santé scolaire, c'est investir dans l'avenir du pays et dans la capacité de sa population de prospérer sur les plans économique et social.

Plusieurs études ont permis de dresser le profil épidémiologique de la population cible : Étude GYTS (Global Youth Tobacco Survey) (2006, 2010), GSHS (Global School-based Student Health) en 2010, l'étude sur l'état bucco-dentaire de la population scolaire, étude sur le tabagisme en milieu universitaire, étude CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) IST-SIDA en 2007. La coexistence de différents types de problèmes a été mise en évidence par ces études. Les jeunes sont aussi bien touchés par des problèmes de santé (affections bucco-dentaires, maladies infectieuses, MNT, déficiences visuelles, etc.) que par des difficultés comportementales relatives au tabagisme, toxicomanie, sédentarité, manque d'hygiène, violence, rapports sexuels non protégés, etc.

D'autres éléments de réponse sont à rechercher dans le poids de l'analphabétisme surtout chez les jeunes filles en milieu rural accentué par le phénomène de l'abandon scolaire prématuré, dans le chômage qui affecte particulièrement les jeunes entrant sur le marché du travail mais aussi dans des facteurs davantage sociaux tels que la régression du rôle de la famille et le relâchement de l'autorité parentale.

En outre, le déficit en informations et communication sur les problèmes de santé des jeunes induit très souvent des comportements à risques. A titre d'illustration, on relève que 52% des jeunes filles ont déclaré qu'elles étaient choquées à l'occasion de l'apparition des premières règles. Pourtant la préparation du jeune à son rôle reproductif doit passer avant tout par la connaissance des changements liés à la période pubertaire.

Facteurs de vulnérabilité

Au Maroc comme partout dans le monde, les jeunes atteignent de plus en plus tôt la puberté et se marient plus tard. Les rapports sexuels avant le mariage sont pourtant une réalité, l'activité sexuelle débute généralement avant le mariage : L'âge moyen du premier rapport sexuel avec pénétration est de 16,7 ans pour les jeunes hommes et de 18,2 ans pour les jeunes filles (CAP IST/SIDA, Ministère de la Santé, 2007).

Le problème des grossesses précoces reste très préoccupant, particulièrement en raison de leurs conséquences sur la santé de la mère adolescente et de son enfant et de leurs répercussions sur l'éducation et l'avenir des intéressés. L'étude « Jeunes et comportements sexuels et CAP IST-SIDA » menée en 2007 a révélé que 12% des filles ont connu une grossesse non désirée suite à des rapports non protégés et que si la pilule, en particulier, et les autres contraceptifs en général, sont connus chez 85% des jeunes, 15% ne connaissent aucun moyen de contraception (19% des garçons et 11% des filles). Cette proportion atteint 30% chez les jeunes appartenant aux ménages les plus démunis, 23% chez les jeunes en milieu rural, 27% chez les jeunes sans aucun niveau d'instruction. Selon la même étude, les deux tiers des jeunes déclarent avoir des rapports avec des professionnels du sexe ; 4% régulièrement et 63,4% de temps en temps. Quant aux comportements relatifs à l'usage des préservatifs, 23% déclarent ne jamais utiliser de préservatif et 42,2% y avoir parfois recours.

D'autres enquêtes ont révélé des chiffres éloquentes sur les comportements à risques chez les jeunes :

- 15,5 % des élèves âgés entre 13 et 15 ans sont des fumeurs⁽¹⁾
- 5,5% ont consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie
- 13,9% des jeunes sont obèses⁽²⁾
- 50 % des jeunes déclarent ne pas pratiquer d'activité physique⁽²⁾
- 16,7% souffrent de troubles psychologiques⁽³⁾
- Abus de substances toxiques : 3% dont 2,8% de dépendance⁽⁴⁾

(1) Enquête sur le tabagisme chez les jeunes scolarisés au Maroc, DELM, 2006

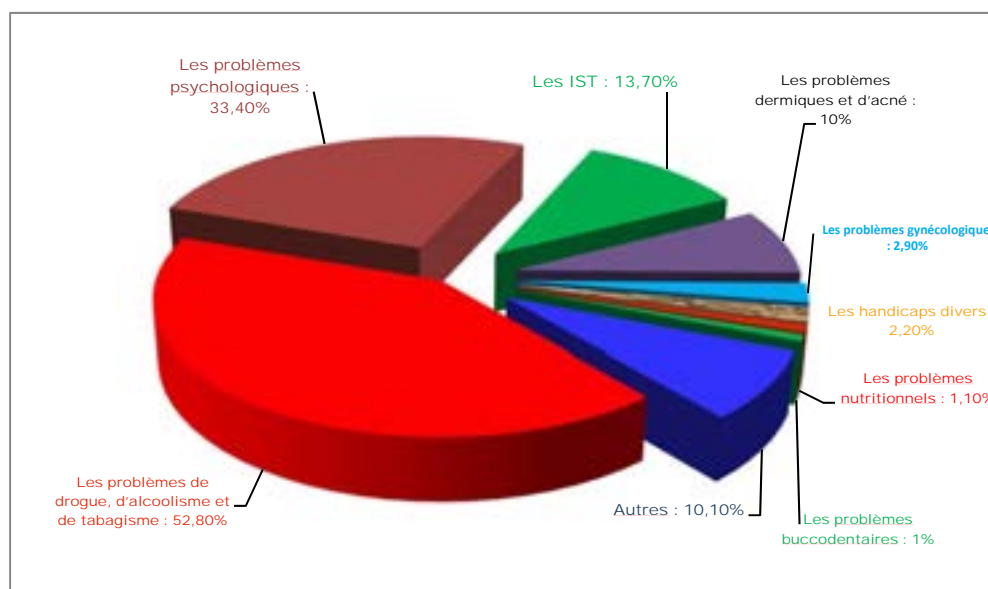
(2) Enquête sur les facteurs de risque des MCV, DELM, 2000

(3) Enquête nationale en santé mentale, DELM, 2003

(4) GSHS, DP, 2010

Préoccupations des jeunes par ordre de priorité

Le graphique suivant illustre les préoccupations exprimées par les jeunes par ordre de priorité dans le cadre d'une enquête du Service de l'Enfance et de la Jeunesse (SEJ) en 2001. Plus de la moitié d'entre eux se soucient des problèmes de drogue, d'alcoolisme et de tabagisme et un tiers de problèmes psychologiques.



L'insuffisance des réponses face au constat global

L'intégration de la composante jeune et la création de mécanismes visant à répondre aux besoins qui leurs sont spécifiques dans les domaines de la santé, de l'éducation et des loisirs reste généralement faible. Les programmes de santé n'intègrent pas suffisamment la dimension jeune et n'engendrent pas assez de prestations sanitaires personnalisées pour les jeunes, les structures de santé actuelles étant généralement inadaptées. L'éducation à la santé n'est que peu prise en compte dans le secteur de l'éducation, aussi les établissements scolaires ne jouent pas suffisamment leur rôle d'espace de promotion de la santé des jeunes. En matière de développement des activités de loisirs, les infrastructures sont insuffisantes et fréquemment inadaptées à cette tranche d'âge.

Face à ce constat et à la dynamique importante de changements socio-économiques, culturels et sanitaires que vit aujourd'hui la jeunesse marocaine, il est nécessaire de proposer un encadrement institutionnel multidimensionnel et de mettre en place des services et prestations appropriés.

II - LE PROGRAMME NATIONAL DE LA SANTÉ SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE (PNSSU)

Le PNSSU ambitionne de contribuer à protéger, maintenir et promouvoir la santé des élèves et des étudiants tout au long de leur parcours de formation à travers des solutions préventives et curatives en réponse à des besoins spécifiques.

Tenant compte de l'analyse de la situation sanitaire, le repositionnement des interventions et le développement d'actions intégrées ciblant les besoins prioritaires dans un cadre de coordination et de

collaboration efficaces avec les différents acteurs sont les deux orientations stratégiques qui articulent le programme.

A l'horizon 2016, le PNSSU a pour objectifs de :

- Contribuer à réduire d'au moins 30% la prévalence des principaux comportements à risque chez les jeunes principalement le tabagisme ;
- Contribuer à augmenter de 30% au moins la proportion des jeunes pratiquant une activité physique ;
- Réduire la prévalence des caries dentaires de 10% chez les enfants de 12 ans ;
- Assurer une correction des déficiences visuelles à tous les enfants dépistés malvoyants ;
- Contribuer à améliorer les connaissances et habilités des jeunes en vue d'adopter un comportement sain et responsable en matière de santé y compris de santé sexuelle et reproductive ;
- Contribuer à l'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité au sein des établissements d'enseignement et au niveau des camps et colonies de vacances ;
- Renforcer la collaboration et assoir un partenariat cadré et organisé avec les principaux intervenants en milieu scolaire et universitaire.

En s'articulant autour de huit domaines d'intervention (2012-2016) :

1. Renforcement du cadre organisationnel et partenarial dans le domaine de la Santé Scolaire et Universitaire (SSU) et de promotion du Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ) :
 - Conclusion de convention cadre : Signature juin 2012
 - Élaboration d'un plan d'action conjoint avec les différents partenaires chacun dans son domaine de compétence
 - Organisation de réunions de plaidoyer avec les commissions parlementaires
2. Renforcement de l'offre de soins et amélioration de l'accessibilité aux services :
 - Mise en place de Centres de Référence en SSU
 - Renforcement du plateau technique de l'équipe mobile
 - Organisation d'une campagne nationale de dépistage et de prise en charge des déficiences visuelles chez les élèves de 1^{ère} année de l'enseignement fondamental : 1^{ère} campagne en octobre 2012
3. Renforcement des actions de promotion du mode de vie sain et de prévention des affections buccodentaires :
 - Élaboration d'un plan de communication pour la lutte contre les comportements à risques en milieu scolaire et universitaire et chez les jeunes
 - Intégration d'un module de formation sur le mode de vie sain dans le cursus de formation au niveau des Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS)
 - Publication du site web «www.santejeunes.ma» et son développement
4. Développement et renforcement des prestations et services d'information, d'écoute et d'orientation en matière de santé dans le système de santé et au niveau des structures de jeunesse :
 - Extension et renforcement des Espaces Santé Jeunes
 - Organisation de sessions de formation des personnels de santé en matière d'écoute et de conseil
 - Appui à la mise en œuvre des prestations d'information et d'écoute des jeunes dans les structures de jeunesse
5. Développement d'approches institutionnelles, intersectorielles et communautaires garantissant le droit des jeunes à l'information et à la participation en matière de santé :
 - Création d'un réseau de journalistes pour la communication autour de la promotion de la santé des élèves, des étudiants et des jeunes
 - Plaidoyer auprès des médias pour l'instauration de la gratuité de programmes éducatifs destinés à promouvoir la santé des jeunes

- Développement des approches de l'éducation parentale et de l'éducation par les pairs en matière de santé et de développement des jeunes
- 6. Contribution à l'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité dans les établissements scolaires et universitaires et dans les camps et colonies de vacances :
 - Renforcement du cadre réglementaire visant l'assainissement de l'environnement scolaire comme élément déterminant dans la gestion du capital santé
- 7. Renforcement du suivi-évaluation et de la recherche en santé scolaire et universitaire et santé des jeunes
- 8. Renforcement des compétences des professionnels de santé

Bilan des réalisations

Le renforcement des compétences des professionnels de santé et l'élaboration d'outils organisationnels, éducatifs et didactiques sont les acquis majeurs de ces réalisations. Plusieurs contraintes sont pourtant ressorties. Celles liées au dépistage, causées par des conditions de dépistage souvent non optimales, et celles relatives à la prise en charge des cas sont multiples (manque de priorisation au niveau des structures de santé, manque de médicaments, insuffisance du plateau technique). L'absence d'une filière de soins spécifiques et l'absence générale de moyens, que ce soit en ressources humaines (certains profils), couverture des établissements scolaires du milieu rural, moyens de mobilité et budget alloué, entravent le bon fonctionnement des services. La cohérence des activités programmées par les services centraux et celles programmées par les autres intervenants au niveau local engendrent globalement des contraintes liées à la coordination des actions.

1ère session – Mauritanie

Stratégie nationale de promotion de la santé des jeunes en Mauritanie

Madame Yewguiha Ba Taleb

Ministère de l'Éducation

La Mauritanie, à l'instar des autres pays de la région, s'est engagée depuis plusieurs décennies dans des politiques de développement d'envergure. Parmi ces stratégies, la jeunesse constitue l'une des priorités fondamentales, ainsi tous les projets et toutes les planifications s'articulent autour d'une volonté réelle de faire avancer le pays par la force d'une jeunesse à la hauteur de ses aspirations.

Le Département de l'Éducation est le premier responsable de la mission d'éduquer, former et orienter une jeunesse scolaire vers les objectifs attendus. Afin d'atteindre cet objectif tout au long du cursus fondamental, secondaire et universitaire et avec l'aptitude physique adéquate, l'éducation a planifié une approche sanitaire scolaire de proximité.

I- L'ÉDUCATION SANITAIRE ET NUTRITIONNELLE POUR UNE JEUNESSE EN BONNE SANTÉ

Plusieurs textes de référence ont été élaborés en matière de santé scolaire et d'éducation sanitaire :

- Adoption d'une Politique Nationale de Santé, d'Hygiène et de Nutrition à l'École (PNSHNE)
- Élaboration d'une stratégie de communication pour la PNSHNE
- Élaboration d'un guide de formation en éducation sanitaire

L'éducation nationale, considérée comme une priorité nationale, et donc comme un investissement productif et stratégique, bénéficie de la priorité de l'État.

La politique éducative conforte et promeut les principes affirmés dans les textes fondamentaux du pays que sont la garantie du droit à l'enseignement, le caractère obligatoire de l'enseignement fondamental pour tous les enfants âgés de 6 à 16 ans révolus, la gratuité de l'enseignement dans les établissements publics et la place centrale de l'élève dans le système éducatif.

Il est créé depuis 1964 au sein du Ministère de l'Éducation Nationale en Mauritanie, un service de nutrition érigé en direction (depuis 1991), renommée Direction de la Nutrition et l'Éducation Sanitaire (DNES) lors d'une restructuration en 2006. Elle a pour mission la mise en œuvre de la politique du département en ce qui concerne les cantines scolaires et l'éducation sanitaire.

1- Dans le domaine de la santé scolaire

Objectifs

La contribution au développement de la qualité du système éducatif, en favorisant notamment la réduction des déperditions et l'amélioration du taux de réussite, est l'objectif général visé par les actions dans le domaine de la santé scolaire. Il s'agit en cela de la mise en place au niveau central et périphérique des structures de santé scolaire et de la promotion d'une bonne éducation en matière de santé, d'hygiène et de nutrition, à travers le développement des compétences transférables en milieu familial et communautaire, pour contribuer au développement social global, et du développement des services de santé, hygiène et de nutrition à l'école (eau potable, latrines, soins primaires, déparasitage, distribution de micronutriments).

Réalisations

- Déparasitage contre les vers intestinaux au profit de l'ensemble des élèves du fondamental public et privé en 2011 et 2012 ;
- Intégration de modules sur les domaines préventifs et curatifs des ISH/VIH/SIDA dans toutes les formations ;

- Exécution de l'arrêté conjoint entre les Ministères de l'Éducation Nationale et de la Santé N°2900/06 portant création des comités régionaux et périphériques de la santé scolaire dans le cadre de la politique nationale de santé, d'hygiène et de nutrition à l'école ;
- Développement des compétences en santé, hygiène et nutrition en milieu familial et communautaire pour contribuer au développement social global ;
- Création de structures de santé scolaire centrales et périphériques pour la coordination des activités de santé scolaire ;
- Développement de services d'hygiène et de nutrition à l'école : eau potable, latrines, soins primaires, déparasitage, distribution de micronutriments.

2- Dans le domaine de l'alimentation scolaire

Objectifs

Concordantes aux objectifs assignés à la santé scolaire, les actions du domaine de l'alimentation scolaire contribuent à l'amélioration de la qualité de l'enseignement et au renforcement des capacités d'apprentissage et de concentration des élèves en réduisant la faim de courte durée. Elles participent donc à la réduction des déperditions scolaires (absentéisme, redoublement, abandon) à travers la promotion d'une bonne éducation en matière de santé, d'hygiène et de nutrition, et en assurant notamment, une meilleure alimentation quotidienne aux enfants issus de familles démunies.

Résultats atteints

Distribution de vivres

Résultats	Programme 2003-2008	Extension 2009-2011	Nouveau Programme 2012-2016
Bénéficiaires	136 083	185 823	149 128
Vivres distribués (en tonnes)	16 623	26 204	4 644

Évolution des données du programme d'alimentation scolaire de 2003 à 2013

Année Scolaire	Écoles	Mahadras	Total cantines	Bénéficiaires	Tonnage
03/04	1134	35	1169	78200	1158
04/05	1136	64	1200	98000	3244
05/06	1136	96	1232	115000	3828
06/07	1400	131	1531	144000	5707
07/08	1234	116	1350	136083	2686
08/09	1397	147	1544	158257	4253,97
09/10	1372	146	1518	157837	2278,66
10/11	1628	180	1808	185823	3265,155
11/12	1515	183	1698	145609	3141,259
12/13 (1 ^{er} Trim.)	1492	187	1679	149128	1522,955

3- Dans le domaine de la formation

Les sessions de formation organisées dans les wilayas cibles sur la gestion des cantines scolaires et l'éducation sanitaire se résument comme suit :

Année	Public cible	Bénéficiaires
2004-2005	DREN ¹ , IDEN ² , IC, points focaux	80
2005-2006	Directeurs d'écoles Gestionnaires, APE ³	3 295
2007-2008	Gestionnaires des stocks	19
2008-2009	Walis moussaid, DREN Directeurs, gestionnaires, APE, points focaux, Chefs de services carte scolaire	298
2009-2012	Chefs services, Directeurs, Gestionnaires, IC, APE des cantines nouvellement créées, élèves Maîtres sortants des ENI ⁴ Élèves inspecteurs ENS ⁵	659

II- LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

1- Le Programme de Lutte contre le SIDA

Le premier cas de SIDA en Mauritanie a été déclaré en 1987 et la lutte contre le SIDA a débuté en 1989 par la mise en place d'un Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) au sein du Ministère de la Santé.

La lutte contre le SIDA fait suite aux engagements internationaux de la Mauritanie. Dans ce sens, le pays a mis en place un Cadre Stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA couvrant une première période 2007 à 2009 puis une deuxième période 2011 à 2015, dans une stratégie qui consacre la multi-sectorialité et la décentralisation de l'approche, avec comme outils de référence plusieurs plans et programmes : Le Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA 2011-2015 décliné en Plan Opérationnel 2012-2013 et les différents programmes cadres de développement ; le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté qui vise à atteindre avant 2015 les objectifs de développement définis par les sommets mondiaux ; le Programme National de Développement du Secteur Éducatif (PNDSE) qui comprend une composante relative à la santé ; la Politique Nationale de Santé et d'Action Sociale (PNSAS) et la Stratégie Nationale de Promotion Féminine.

Le programme s'inscrit dans le cadre de plusieurs actes réglementaires :

- Décret n°027-2003 du 24 mars 2003 portant création du Comité National (CNLS) et des Comités Régionaux de Lutte Contre le VIH/SIDA (CRLS) ;
- Arrêté n°00631 du 1^{er} avril 2003 portant création, organisation, attributions et fonctionnement du Secrétariat Exécutif National de Lutte Contre le VIH/SIDA (SENLS) et des Secrétariats Exécutifs Régionaux de Lutte Contre le VIH/SIDA (SERLS). En tant qu'organes opérationnels des CRLS, les SERLS, ont pour missions la coordination des actions, le suivi et évaluation des opérations, ainsi que la gestion technique, administrative et financière de la Réponse Nationale au VIH/SIDA.

¹ Direction Régionale de l'Éducation Nationale

² Inspection Départementale de l'Éducation Nationale

³ Associations des Parents d'Élèves

⁴ Écoles Normales d'Instituteurs

⁵ École Normale Supérieure

Répartition régionale des CRLS

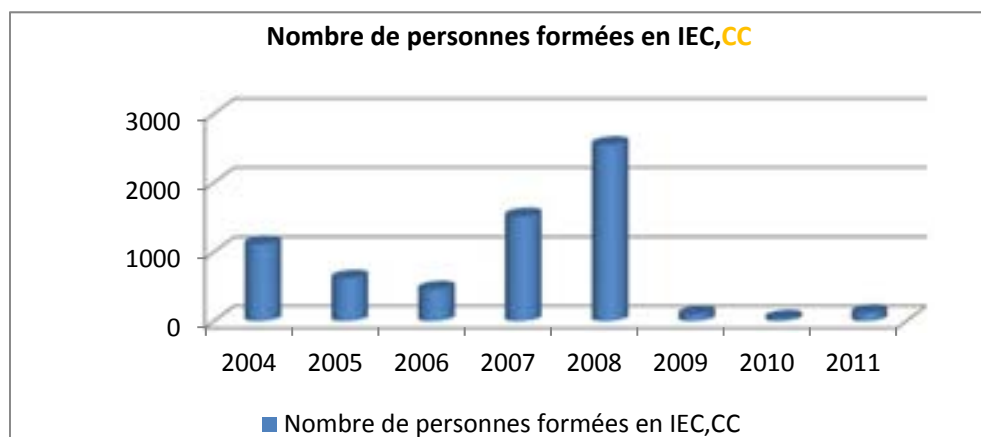
Wilaya/Région	Siège	Taux de prévalence (2007)	Distance en km/Nouakchott
Assaba/Tagant	Kiffa	0,99	604
Guidimakha/Gorgol	Sélibaby	0,47	700
Hodh El Gharbi/H El Chargui	Aioun	pr	820
Nouadhibou	Nouadhibou	1,48	470
Nouakchott/Akjoujt	Nouakchott	0,62	0
Tiris Zemmour/Adrar	Zouérate	0,35	800
Trarza/Brakna	Rosso	0,51	204

2. Bilan des réalisations

Entre 2004 et 2012, les réalisations principales du programme sont les suivantes :

- Conception d'un outil de plaidoyer islamique pour la lutte contre le VIH-SIDA (Aware II)
- Formation des formateurs sur le plaidoyer « Islam et VIH » (Aware II)
- Élaboration d'un plan d'action dans chaque wilaya
- Sensibilisation de 342 095 personnes
- Formations de 6 180 pairs-éducateurs (PE)
- Dépistage de 16 313 femmes et jeunes des groupes prioritaires
- 54 CRLS réunis
- Financement de 1 484 Organisations à Base Communautaire (OBC) et Organisations de la Société Civile (OSC)
- Distribution de 588 535 préservatifs
- Dépistage de 12 200 femmes dans le cadre de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)

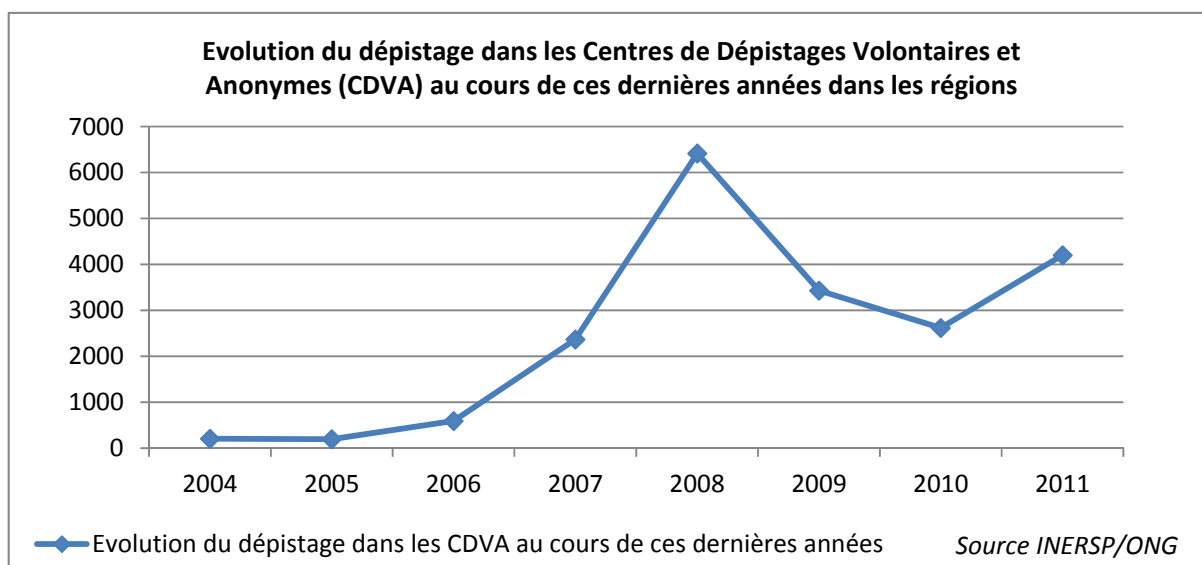
➤ Formations



* IEC : Information, Éducation, Communication

* CC :

➤ Dépistage



- Première unité de dépistage installée en 2002 à Nouakchott
- Actuellement le pays compte 21 structures de Conseil Dépistage Volontaire et Gratuit
- Existence de conseillers formés
- Ensemble du personnel des Centres de Santé (CS) des chefs lieux des régions formé
- Existence d'un service de Référence Nationale avec un personnel qualifié : Service d'Expertise en Dépistage Anonyme et Conseil (SEDAC) qui héberge l'unité de dépistage de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)

➤ Protection des jeunes du VIH/SIDA

- Existence de modules de formation sur le VIH/SIDA pour les élèves de l'enseignement fondamental, secondaire, technique et professionnel
- Existence d'un guide de compétences de la vie courante qui prend en compte l'aspect VIH/SIDA
- Réseaux de pairs éducateurs dans les établissements de l'enseignement secondaires et dans les associations des jeunes
- Existence de 10 centres d'écoute en faveur des jeunes
- Existence d'un comité de pilotage de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA en milieu jeune
- Processus d'élaboration de la stratégie santé des adolescents et développement de la jeunesse en cours
- Existence d'une stratégie de généralisation des clubs de santé dans tous les établissements scolaires et universitaires

3- La Coordination Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA

La Coordination Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA (CSLS) a vu le jour en 2003 conformément aux recommandations du Cadre National Stratégique de Lutte contre le SIDA adopté en 2002.

Quatre missions principales ont été assignées à la CSLS :

- La formation des formateurs, des vulgarisateurs et des pairs éducateurs : En plus des thèmes spécifiques au VIH/SIDA, ces derniers ont bénéficié d'un complément de formation en IEC, en communication spécifique et en éducation sur le VIH/SIDA, base indispensable pour la réalisation des autres activités ;

- La sensibilisation du personnel à tous les niveaux sur les voies de transmission et les moyens de prévention du VIH (action continue) : personnel d'encadrement, personnel enseignant, personnel d'appui et élèves ;
- L'intégration des concepts du VIH/SIDA dans les programmes d'enseignement : Concepts intégrés dans les programmes de formation initiale des ENI et de l'ENS ; dans les curricula du secondaire et du fondamental. Dans cette optique un arrêté ministériel n°1802 a vu le jour le 22 août 2011;
- L'élaboration et l'acquisition des supports de sensibilisation et de formation (orientation des maîtres et professeurs dans la connaissance du VIH/SIDA) : ces supports sont adaptés aux différentes cibles (affiches, dépliants, guides, modules).

Au cours des années 2003 à 2008, la CSLS a fourni un bilan encourageant, particulièrement remarquable dans le domaine de l'information et la communication : Le terme SIDA, à travers ses aspects les plus saillants, est désormais connu et représente une réalité, ainsi la population sait ce qu'est le SIDA, quels sont les facteurs de prolifération de cette maladie, comment l'éviter et comment vivre avec.

La formation a eu pour effet de renforcer les compétences des bénéficiaires en matière de lutte contre le VIH/SIDA, d'introduire une méthode novatrice d'enseignement à travers l'éducation par les pairs et les enseignants relais, et de créer les conditions pour faire parvenir les messages de la lutte anti SIDA auprès des élèves.

En 2012, le bilan des activités de la CSLS peut se résumer comme suit :

- Dans le volet formation : 348 bénéficiaires (Pairs éducateurs dans les établissements secondaires, techniques et facultés, chefs de services, chefs de division, directeurs des écoles fondamentales, directeurs des établissements secondaires, inspecteurs départementaux, directeurs régionaux) ;
- Dans le volet sensibilisation : 6347 élèves et étudiants ont bénéficié de la campagne de sensibilisation.

EXPERTISE NATIONALE ÉMERGENTE

La mise en œuvre des activités de coordination au sein du Ministère de l'Éducation Nationale dans le cadre de la coopération Mauritanie/MAP et Global Fund, a été accompagnée par le renforcement, tout au long de l'histoire de la coordination, des compétences de ses responsables. Elle a permis l'émergence d'une expertise nationale centrale et régionale dans les domaines de la planification, gestion et évaluation de programmes de lutte contre VIH/SIDA, de l'élaboration des supports de sensibilisation, de l'organisation des sessions de formation, de l'éducation par les pairs et de la communication.

STRATÉGIE DE PROMOTION DE LA SANTE DES JEUNES EN MILIEU SCOLAIRE EN TUNISIE

Dr. Mounira Garbouj

Directrice de la Médecine Scolaire et Universitaire – Ministère de la Santé

INTRODUCTION

Composante fondamentale de tout programme de prévention, l'éducation pour la santé en milieu scolaire vise à aider les jeunes à s'approprier progressivement les moyens d'adopter des comportements favorables à leur santé et surtout des comportements responsables pour eux-mêmes, pour leur entourage et pour l'environnement. Son contenu en Tunisie est défini officiellement dans le calendrier national des activités médico-scolaires.

REPUBLIQUE TUNISIENNE			
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE		MINISTRE DE LA SANTE	
MINISTRE DE L'EDUCATION	MINISTRE DES AFFAIRES RELIGIEUSES	MINISTRE DES AFFAIRES DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION	
CALENDRIER DES PRINCIPALES ACTIVITES DE SANTE SCOLAIRE DANS LES ETABLISSEMENTS EDUCATIFS L'Année 1999/2000			
ANNEES ET CLASSES	PRINCIPALES COMPOSANTES DES ACTIVITES DE L'EQUIPE MEDICO-SCOLAIRE	PERIODE	LIEU
LES PRESTATIONS OBLIGATOIRES TOUTES LES CLASSES ET TOUTS LES ETABLISSEMENTS			
Pour toutes les classes et établissements	Visite d'hygiène et de santé dans les établissements scolaires.	Septembre	Etablissement scolaire
	Visite de santé et de médecine préventive.		
4 ^{ème} ANNEE	Examen de santé scolaire.	Septembre	Etablissement scolaire
LES PRESTATIONS PÉRIODIQUES OBLIGATOIRES CERTAINES CLASSES			
PRE-SCOLAIRE	Examens de santé scolaire.	Septembre	Centre de Santé
5 ^{ème} ANNEE	Examens de santé scolaire.	Septembre	Centre de Santé
	Examens de santé scolaire.		
6 ^{ème} ANNEE	Examens de santé scolaire.	Septembre	Centre de Santé
	Examens de santé scolaire.		
7 ^{ème} ANNEE	Examens de santé scolaire.	Septembre	Centre de Santé
	Examens de santé scolaire.		
8 ^{ème} ANNEE	Examens de santé scolaire.	Septembre	Centre de Santé
	Examens de santé scolaire.		
LES NOMBRES PERMANENTS D'EDUCATION A LA SANTE EN MILIEU EDUCATIF			
PRÉSCOLAIRE	Examens de santé scolaire.	Septembre	Centre de Santé
5 ^{ème} ANNEE	Examens de santé scolaire.	Septembre	Centre de Santé
6 ^{ème} ANNEE	Examens de santé scolaire.	Septembre	Centre de Santé
7 ^{ème} ANNEE	Examens de santé scolaire.	Septembre	Centre de Santé
8 ^{ème} ANNEE	Examens de santé scolaire.	Septembre	Centre de Santé
ROUTE MEDICO-SCOLAIRE			
Cela vise à promouvoir les centres de santé, les centres de santé, les centres de santé, les centres de santé, les centres de santé, les centres de santé.			
EDUCATION SOCIALE			
Cela vise à promouvoir les centres de santé, les centres de santé, les centres de santé, les centres de santé, les centres de santé, les centres de santé.			

Calendrier des activités de santé scolaire

L'école constitue un lieu privilégié pour toucher un grand nombre de jeunes à différentes étapes de leur vie et en situation d'apprentissage, pouvant devenir d'excellents relais pour leurs pairs, leurs familles et la communauté en général. En ce sens, la promotion de la santé des jeunes en milieu scolaire offre la possibilité d'engager des actions préventives précoces garantant d'une meilleure efficacité.

I- MÉTHODES ET INTERVENANTS

L'approche mise en œuvre s'articule autour d'une combinaison de différentes méthodes utilisées de manière spécifiques ou complémentaires dans le cadre d'actions ponctuelles ou de programmes. Parmi ces méthodes, on peut citer : L'information, l'éducation individuelle et de groupe, l'éducation par les

pairs et par les relais, la mobilisation sociale et promotionnelle, le développement des compétences psychosociales ou encore l'éducation à la citoyenneté.

Plusieurs intervenants participent au développement de cette composante. Il s'agit des responsables nationaux, régionaux et locaux des départements concernés, des membres de la famille éducative (enseignant, directeur, etc.), des équipes de santé scolaire de première ligne (médecins et paramédicaux), des ONG et plus rarement des parents.

II- MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de la stratégie passe en premier lieu par l'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes d'enseignement, qui incluent des savoirs, des savoirs être et des savoirs faire, concourant à l'éducation à la santé dans différentes matières (éducation civique, éducation physique, sciences naturelles, etc.), en fonction de l'âge et du niveau scolaire. De manière plus ciblée, des séances d'éducation de groupe sont organisées sur des thèmes pertinents selon le niveau d'enseignement, précisés par le calendrier officiel des activités de santé scolaire et universitaire. Ces activités sont assurées par les équipes de santé au sein des établissements et en collaboration avec les enseignants. Des activités sont également organisées par les clubs de santé qui offrent un cadre institutionnel à la promotion de la santé à l'école bénéficiant de la crédibilité scientifique et morale de l'établissement d'enseignement et favorisant les initiatives des élèves adhérents avec le concours d'un adulte référent et volontaire. Les activités entreprises dans ces espaces contribuent à l'acquisition de compétences psychosociales par le jeune et encouragent les échanges entre les différents clubs culturels. Plus ponctuellement, des manifestations promotionnelles sont organisées périodiquement par niveau éducatif sur des thèmes prioritaires sélectionnés avec les partenaires en fonction de la conjoncture et des situations de prévalence avec des célébrations nationales, régionales et locales.

Les programmes proposés, élaborés en partenariat avec les départements et les organisations concernées, comportent des activités faisant appel à la participation de tous. Ces activités sont appuyées par des circulaires conjointes qui précisent les modalités de préparation et de célébration des différentes manifestations (date de la célébration, tranche d'âge visée, activités proposées : formations, réunions, débats, expositions, concours, activités culturelles etc.).

III- CONTRAINTES

Ce n'est pas sans difficulté que la stratégie de promotion de la santé des jeunes en milieu scolaire s'opérationnalise. Elle se heurte en effet à divers types de contraintes. Du côté du système éducatif, la faible implication des établissements, malgré la participation des partenaires à toutes les étapes de préparation des actions entreprises et malgré les circulaires conjointes, fait défaut, de même que le manque de motivation des enseignants appelés à encadrer les élèves, l'engagement étant basé sur le principe du bénévolat. Pour ce qui est des élèves, leur participation aux activités des clubs de santé est variable en raison de l'attraction des autres clubs, des cours particuliers et autres activités. Au niveau régional, le manque de coordination et d'information entre les partenaires concernés constitue une contrainte d'ordre institutionnelle pesant sur le bon déroulement des actions. Aussi, l'éducation de groupe pose le problème de la fiabilité des données avec une couverture en deçà des objectifs souhaités, et globalement, les parents ne sont qu'exceptionnellement impliqués. De manière générale, l'impact de ces efforts est difficile à évaluer en raison de la non disponibilité des données actualisées sur les comportements visés.

CONCLUSION

L'éducation à la santé en milieu scolaire est légitime et justifiée. Néanmoins, et pour un maximum d'efficacité, les interventions doivent être menées dans le sens du développement des capacités d'agir, de choisir et de décider d'une manière autonome et responsable. Cette approche gagne à être adoptée par le système éducatif, en effet, l'intégration du projet de santé dans le projet d'établissement permettra d'apporter une réponse adaptée aux besoins spécifiques des jeunes de chaque établissement. L'école en santé peut être le cadre approprié pour développer ces approches et préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité.

PROMOTION DE LA SANTE DES JEUNES EN MILIEU SCOLAIRE

Dr. Mounira Garbouj (*Directrice de la Médecine Scolaire et Universitaire/Ministère de la Santé-Tunisie*) :
1^{ère} Rencontre Maghrébine, Rabat, Maroc : « Promouvoir l'éducation pour la santé et la prévention du VIH auprès des jeunes au Maghreb: enjeux et perspectives» (Décembre 2012)

Composante fondamentale de tout programme de prévention, l'éducation pour la santé en milieu scolaire vise à :

- ◆ Aider les jeunes à s'approprier progressivement les moyens d'adopter des comportements favorables à leur santé et surtout des comportements responsables pour eux même, pour leur entourage et pour l'environnement.
- ◆ Promouvoir dès le jeune âge un mode de vie sain.

Son contenu en Tunisie est défini officiellement dans le calendrier national des activités médico-scolaires

JUSTIFICATION

Deux arguments essentiels:

- ◆ Possibilité d'engager des actions préventives précoces : garant d'une meilleure efficacité.
- ◆ L'école constitue un lieu privilégié pour toucher un grand nombre de jeunes à différentes étapes de leur vie et en situation d'apprentissage pouvant devenir d'excellents relais pour leurs pairs, leurs familles et la communauté en général.

LES METHODES

Une combinaison de méthodes:

- ◆ *Information*
- ◆ *Education individuelle et de groupe*
- ◆ *Education par les pairs et par les relais*
- ◆ *Mobilisation sociale et promotionnelle*
- ◆ *Développement des compétences psychosociales*
- ◆ *Education à la citoyenneté*
- ◆ Autant de méthodes utilisées de manière spécifiques ou complémentaires dans le cadre d'actions ponctuelles ou de programmes.

LES INTERVENANTS

Plusieurs intervenants participent au développement de cette composante :

- ◆ Des responsables nationaux, régionaux et locaux des départements concernés.
- ◆ Des membres de la famille éducative (enseignant, directeur,...)
- ◆ Des équipes de santé scolaire de première ligne (médecins et paramédicaux)
- ◆ Des ONG
- ◆ Plus rarement les parents.

MODALITES DE MISE EN OEUVRE

- ◆ Intégration de l'éducation à la santé dans les programmes d'enseignement qui incluent des savoirs, des savoirs être et des savoirs faire qui concourent l'éducation à la santé dans différentes matières (éducation civique, éducation physique, sciences naturelles...) en fonction de l'âge et du niveau scolaire.
- ◆ Organisation de séances d'éducation de groupe sur des thèmes permanents selon le niveau d'enseignement (précisé par le calendrier officiel des activités de santé scolaire et universitaire). Ces activités sont assurées par les équipes de santé au sein des établissements et en collaboration avec les enseignants.
- ◆ Organisation d'activités par les clubs de santé qui offrent un cadre institutionnel à la promotion de la santé à l'école bénéficiant de la crédibilité scientifique et morale de l'établissement d'enseignement et favorisant les initiatives des élèves adhérents avec le concours d'un adulte référent et volontaire.

Les activités entreprises dans ces espaces contribuent à l'acquisition de compétences psychosociales par le jeune et encouragent les échanges entre les différents clubs culturels.

Le nombre total de clubs de santé dans les écoles (2117) soit un taux de couverture de (24%) et 689 clubs dans les collèges et lycées soit un taux de couverture de (48%)

- ◆ Organisation périodique de manifestations promotionnelles par niveaux éducatifs sur des thèmes prioritaires sélectionnés avec les partenaires en fonction de la conjoncture, des situations prévalentes avec célébration nationale, régionale et locale.

Les programmes proposés sont élaborés en partenariat avec les départements et les organisations concernées comportent des activités faisant appel à la participation de tous.

Ces activités sont appuyées par des circulaires conjointes qui précisent les modalités de préparation et de célébration des différentes manifestations (date de la célébration, tranche d'âge visée, activités proposées: *formations, réunions, débats, expositions, concours, activités culturelles...*).

LES CONTRAINTES

- ◆ La faible implication des établissements éducatifs malgré la participation des partenaires à toutes les étapes de préparation des actions entreprises et malgré les circulaires conjointes.
- ◆ Manque de motivation des enseignants qui sont appelés à encadrer les élèves (ces actions sont basées sur le bénévolat).
- ◆ Participation variable des élèves aux activités des clubs de santé (attraction des autres clubs, cours particuliers...).
- ◆ Manque de coordination et d'information entre les partenaires concernés au niveau régional.
- ◆ L'éducation de groupe pose le problème de la fiabilité des données avec une couverture en deçà des objectifs souhaités.
- ◆ Les parents ne sont qu'exceptionnellement impliqués.
- ◆ Difficultés d'évaluation de l'impact de ces efforts et non disponibilité des données actualisées sur les comportements visés.

CONCLUSION

- ◆ L'éducation à la santé en milieu scolaire reste légitime et justifiée. Néanmoins, et pour un maximum d'efficacité les interventions doivent être menées dans le sens du développement des capacités d'agir, de choisir et de décider d'une manière autonome et responsable. Cette approche gagne à être adoptée par le système éducatif.
- ◆ L'intégration du projet santé dans le projet d'établissement permettra d'apporter une réponse adaptée aux besoins spécifiques des jeunes de chaque établissement. Les professionnels de santé peuvent jouer un rôle de médiateurs, de personnes ressources ou de conseillers au service du projet.
- ◆ L'école en santé peut être le cadre approprié pour développer ses approches et préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité.

SE RÉVOLTER OU SE DÉTRUIRE

Docteur Nadia Cheradi

Professeure en psychologie clinique, Université de Blida, Algérie

Société Algérienne de Recherche en Psychologie (SARP)

Il est des questions qui interrogent l'humain au plus profond de lui-même car elles concernent la vie et la mort, c'est-à-dire l'existence même de chacun d'entre nous.

C'est le cas de l'immolation par le feu. Pour vous en parler je suis retournée à des articles de presse que j'avais déjà lus et que j'ai parcourus de nouveau. Il s'agit d'articles d'El Watan concernant l'année 2011.

Cette lecture permet les déductions suivantes :

- Il s'agit d'un phénomène nouveau en Algérie ;
- Il concerne surtout des hommes souvent jeunes ;
- Il se passe dans l'espace public, devant témoins et a lieu devant une institution, un organisme public : gendarmerie, Assemblée Populaire Communale (APC), wilaya, services de l'emploi et parfois dans l'enceinte même d'un lycée ;
- Il fait suite précisément, nous dit-on dans la presse, à un refus d'être entendu, reçu par un responsable, ou au fait de ne pas figurer sur une liste de logement ou d'emploi.

D'emblée nous disons que ce sont là des raisons qui ne sauraient à elles seules épuiser le sens de tels actes et répondre à la question lancinante : Pour quelles raisons un individu est-il poussé à bout au point de s'immoler par le feu ? Question délicate s'il en est, car d'une part elle nous confronte à la mort, au choix d'une personne, aux conséquences sur son entourage, etc., et d'autre part, elle interroge le champ social ainsi que nos références théoriques.

En effet, les raisons évoquées par la presse ou par les acteurs et/ou les témoins renvoient à la dimension manifeste du phénomène, or il reste à en saisir les dimensions latentes.

Sommes-nous face à des suicides qui s'inscrivent dans la psychopathologie, à ce qui est du ressort de l'historico-génétique et donc du registre de la réalité psychique ? Ou bien s'agit-il d'un phénomène qui trouve ses fondements dans d'autres considérations relatives à un autre registre, celui de la réalité sociale au sens large ?

Dans le cadre de la psychopathologie, le suicide est rapporté au type de structure et aux modalités de fonctionnement psychique. Nous savons qu'il peut concerner toutes les structures mais qu'il serait plus familier des structures psychotiques telles que la schizophrénie et la mélancolie.

En effet, le névrosé se caractérise par la prévalence de l'œdipe et de la castration. L'image du corps au miroir est alors mesurée à l'aune de la valeur phallique qu'elle prend (ou pas) dans le désir de la mère. Or, selon Lacan c'est la phallicisation de l'image du corps qui donne le sentiment d'être vivant.

Dans les psychoses et la schizophrénie, l'angoisse de castration n'existe pas et le lien avec l'image du corps est si lâche que le sujet lui manifeste de l'indifférence. Il peut même l'utiliser comme surface à marquer, non symboliquement mais réellement, par des automutilations par exemple, dont il dira qu'elles soulagent sa souffrance psychique.

Dans le cas de la mélancolie, Freud évoque comme destin de la pulsion le retournement sur la personne propre. Ce destin est à l'œuvre dans la mélancolie où le malade satisfait ses tendances sadiques et haineuses en les retournant sur sa propre personne. La mélancolie s'ape ainsi la pulsion de vie.

L'immolation par le feu relève-elle des mêmes processus psychiques ? Quand on a pour références théoriques la nosographie psychanalytique, on ne peut guère l'affirmer, car celle-ci nous renvoie aux spécificités de la genèse de la personnalité et à ce qui institue le désir et l'interdit.

Il nous faut donc quitter ces contrées pour en chercher d'autres qui seraient plus à même de contribuer à répondre à notre question de départ.

On ne peut croire non plus qu'il s'agisse d'un acte isolé disruptif qui trouve son sens dans le moment même où il se produit et qu'il n'a ni passé, ni ancrage psychique et social. Autrement dit, que c'est un individu donné, qui s'immole par le feu dans un pays donné, à un moment historique donné.

Notre première hypothèse peut se formuler ainsi : L'immolation par le feu est un symptôme révélateur d'un malaise profond qui, faute d'être entendu et réellement pris en compte, s'exprime par une série de manifestations comme la révolte ou, la plus dramatique d'entre elles, l'immolation par le feu. Ce

malaise est aussi révélateur d'une crise profonde qui traverse notre société, son système économique, politiques, ses institutions, etc.

Cette hypothèse met au premier plan des dimensions d'ordre social mais pas uniquement. Elle pose l'affirmation qu'il existe des liens de causalité entre le malaise ressenti par des individus et la structure sociale.

Ainsi c'est par ces deux biais, le social et le psychique, que nous tenterons de tester notre hypothèse.

Avant cela, rappelons que Freud lui-même, dans *Malaise dans la Civilisation* affirme que l'origine de la souffrance psychique peut être engendrée par le malaise dans la civilisation.

L'hypothèse formulée peut se décliner selon au moins deux axes: Le rapport à la loi et aux institutions et la mise en cause de l'identité et de la problématique narcissique.

1) Le rapport à la loi et aux institutions

Les institutions, de quelque nature qu'elles soient, sont la forme secondaire du lien social. Elles se fondent sur les règles et la loi. Or chez nous, la transgression a été instituée structurellement et concerne de larges pans de la société, ce qui a pour effet de produire la culture de l'anomie : Aucune loi ne peut s'imposer à quiconque puisque toutes sont devenues arbitraires et équivalentes, c'est-à-dire indifférenciatrices. Dans ce contexte, la structure du pouvoir s'organise, non plus sur le respect des lois, mais sur le pôle emprise/faiblesse où le plus fort en termes matériels et symboliques est celui qui transgresse impunément la loi. Les pratiques usitées n'ont aucune légitimité si ce n'est celle dont s'est emparé le responsable par sa position asymétrique de pouvoir et d'impunité. Cette instance de pouvoir adopte une logique basée sur des prémisses fausses et des valeurs éthiques perverses.

Ce pouvoir est avare de mots malgré les révoltes de jeunes, les hargna, les immolations, et s'en tient à une position de repli autistique ou dans une a-parole (a privatif) ; des parlottes, pour reprendre la notion introduite par Desjours pour qualifier le néolibéralisme.

Lorsqu'il lui arrive de s'exprimer, son discours fait abstraction de son interlocuteur à un tel degré que ne pas le désigner nommément ne le gêne pas. Si à certains moments il lui fait une place, il le fait souvent de façon négative. Rappelons-nous des rares paroles prononcées par certains responsables politiques concernant les jeunes émeutiers ou harraga (je pense particulièrement aux discours politiques transmis par L'Unique).

En outre, même en l'absence de paroles clairement dites et de discours en direction des jeunes, ces instances de pouvoir transmettent une série de messages paradoxaux. Pour rappel, l'école de Palo Alto a montré comment un système de communication paradoxale peut « rendre l'autre fou ». La double contrainte consiste à installer un processus de soumission/domination à partir d'injonctions paradoxales. L'un des plus importants de ces messages est celui relatif à « l'homme capable », c'est à-dire à celui qui a réussi matériellement, qui est dans le commerce informel, qui connaît les gens du pouvoir et qui peut tout. Nous pourrions le définir en paraphrasant Marx ; « Moi qui possède l'argent et qui peut tout ». Ce n'est pas la valeur intrinsèque de l'argent qui est en cause mais la valeur symbolique. C'est la grandeur et la gloire qui sont essentielles. Elles deviennent comme l'argent, un élément essentiel de la définition et de la réalisation de soi.

Les jeunes sont confrontés à cette image de la réussite, de l'idéal social qui s'impose à tout un chacun et qui divise le monde en deux : Les capables et les autres. Les autres étant réduits à l'impuissance totale, à n'exister que comme objets déchets.

L'homme capable est érigé en idéal social alors qu'il est le produit de la transgression et de la culture de l'anomie. C'est pourquoi, l'individu se retrouve face à des modèles paradoxaux l'enfermant dans l'émeute ou l'autodestruction. Plus clairement, on propose aux jeunes un idéal auquel on ne peut accéder qu'en se mettant hors la loi, tout en appliquant la loi de la répression chaque fois qu'ils s'expriment.

La loi dont il est question est celle qui réfère à l'histoire familiale dans laquelle, à travers l'œdipe et la castration, s'instaure une instance surmoïque énonciatrice et révélatrice des interdits de l'inceste et du parricide, et celle qui revient à la structure sociale organisée par le primat de la loi et des règles institutionnelles.

Les règles et la loi auxquelles se soumettraient père et fils seraient celles pour lesquelles tous, directement ou indirectement, ont participé. La loi est élaborée sur la base d'intérêts communautaires à laquelle l'autorité est concédée.

Ainsi, et face à la désinformation et aux messages paradoxaux qui leur parviennent, les jeunes ont affaire à un pouvoir, souvent de proximité, qui a tendance à les nier en tant que sujets pensants et désirants.

2) La mise en cause de l'identité et de la problématique narcissique

Je pense à un paragraphe de *Malaise dans la Civilisation* dans lequel Freud mentionne les trois lieux qui peuvent être la source de notre détresse : le corps même, voué à la décadence et à l'anéantissement, le monde extérieur et les relations interpersonnelles.

Nous rajouterons, car la référence au corps seul comme représentant du monde interne ne nous semble pas suffisante, un autre lieu : l'identité.

Dans cette perspective nous pouvons inférer que l'une des conséquences du climat social précédemment décrit est la difficulté des individus à construire une identité solide et des points de repère stables.

Nous savons toutefois que l'identité n'est ni une donnée qui préexiste à l'individu, ni un acquis définitif. Elle se construit tout au long de notre vie, se remanie, s'affine au fil de nos expériences et des cycles de notre vie. Elle naît de l'interaction entre le psychisme individuel et le champ social, dans un mouvement d'aller-retour incessant entre soi et l'autre, dans la recherche du semblable sur lequel s'appuyer et auquel s'identifier. L'identité a affaire avec les identifications primaires et secondaires. Lorsque celles-ci présentent à l'enfant, puis à l'adolescent des figures contenant, étayant, elles lui permettent de s'identifier, donc de ressembler à, d'être comme, et d'introjecter de bons objets à même d'entretenir le narcissisme du sujet.

Le sentiment de reconnaissance de soi, d'une « mêmeté » avec soi-même assure la permanence de la continuité de base ; la marque de la différence assure la singularité de chacun. Il est donc très clair que l'identité ne se construit pas dans l'ombre solitaire de nos psychismes individuels, mais nécessite l'étayage sur les liens et le social. Le groupe, au sens large, fournit à ses membres un ensemble de valeurs, d'expériences et de vécus personnels qui nourriront le sentiment d'appartenance. L'identité, ajoute Desjours, est le socle de la vie mentale. La reconnaissance peut donc être un viatique puissant et revigorant. En revanche, lorsqu'elle vient à manquer, lorsqu'elle est dévaluée par des modalités infantilisantes et instrumentalisantes, cela déstabilise la personne et détruit l'estime de soi. Dans le processus de construction identitaire le regard de l'autre - d'abord la mère - est essentiel. Si celui-ci se dérobe, le sujet peut se sentir perdu à l'instar du petit de l'homme qui dépend de l'adulte pour sa survie tant physique que symbolique.

Ce sentiment identitaire forme place lorsque l'ensemble auquel appartient l'individu est en mesure de lui attribuer une place. P. Aulagnier introduit la notion de contrat narcissique pour cerner la place que le groupe attribue au sujet et les missions auxquelles ce dernier est assujéti. Chaque sujet est porteur d'une place dans un ensemble et, pour assurer cette continuité, l'ensemble doit à son tour investir narcissiquement cet élément nouveau. Ce contrat assigne à chacun une certaine place qui lui est offerte par le groupe et qui lui est signifiée par l'ensemble des voix qui, avant chaque sujet, a tenu un certain discours conforme au mythe fondateur du groupe. Ce discours inclut les idéaux et les valeurs, il transmet la culture de l'ensemble social. Ce discours, chaque sujet, d'une certaine manière doit le reprendre à son propre compte. C'est à ce prix que le sujet peut trouver les conditions narcissiques qui rendent possible le maintien de la vie psychique.

Or, dans notre cas, c'est le maintien de la vie psychique elle-même qui est en jeu. L'individu auquel nous nous intéressons a des difficultés identitaires, nous l'avons vu du fait de la défaillance des groupes d'appartenance qui ont échoué à jouer leur rôle dans la mesure où les parents – et la clinique des adultes – et les quelques indices que laissent transparaître les comportements de certains jeunes, révèlent que l'institution familiale a des difficultés à être ce contenant pouvant faire place à ses enfants, les étayant et leur donnant une nourriture narcissique suffisante pour leur permettre de se maintenir en vie.

N'oublions pas que leur parent ont vécu les traumatismes inhérents à ce qui est convenu de qualifier aujourd'hui de décennie noire et qu'avant le fils, le père a été lui-même victime de la perversion de la loi. Le père géniteur a des difficultés, voire se trouve dans l'impossibilité à assumer la représentation de la loi. Les parents confinés au silence et à l'impuissance ne remplissent plus leur rôle d'étayage et de pare-excitation.

Les autres institutions sociales sont elles, non pas défailtantes, mais négatrices de l'existence même des jeunes qui, lorsqu'ils y sont confrontés, sont rejetés, humiliés, voire même niés en tant qu'être pensant et désirant.

La défaillance des parents dans leur rapport aux enfants et la négation des jeunes par les autres institutions sociales auxquelles les jeunes sont confrontés, entraînent ce que Kaës nomme la catastrophe psychique qui advient lorsque le sujet est atteint dans le double statut que Freud lui assigne en tant qu'il est lui-même sa propre fin et membre d'une chaîne à laquelle il est assujéti.

Dès lors, les jeunes peuvent être pris entre deux options ; se révolter ou se détruire. Entre les deux il peut y avoir plusieurs autres options ; se révolter et ensuite se détruire, se révolter continuellement sans penser à se détruire, etc.

Cependant, il est important de noter que la révolte et la destruction ne doivent pas être mises sur le même plan. La révolte est le signe de la colère, dans ce sens où la colère est l'expression d'un refus, celle-ci est alors parfaitement justifiée, plus encore, elle signe la vitalité, la pulsion salvatrice lorsqu'il s'agit de refuser la maltraitance, la violence sociale et le non-sens (voir Gaulejac).

Mais que peut-on dire à propos de l'acte d'immolation lui-même ? S'immoler est un acte sacrificiel selon le dictionnaire. Le mouton de l'Aïd est ainsi sacrifié dans un acte de reconnaissance et de soumission à l'instance divine. En langue arabe, la dimension sacrificielle est omise et ne retient que la dimension du suicide par le feu réduisant ainsi l'acte à un acte isolé, individuel en omettant son caractère d'énonciation et de revendication. Dans les journaux en arabe, il est ainsi question de suicide par le feu.

Il s'agit, c'est un fait, d'un agir, comme tous les agissements, qui prend la place de toute élaboration psychique, signalant ainsi un défaut de symbolisation mais ne l'escamotant pas entièrement car, paradoxalement il veut transmettre un message, opérer une réparation narcissique et une maîtrise de la vie au risque de la perdre. Ce qui inscrit, à ce moment-là, l'agir dans une équation paradoxale hautement symbolique.

Expliquons-nous : Dans sa tentative désespérée, le jeune homme qui s'immole tend à faire face aux puissants, aux hommes capables contre lesquels il ne peut rien. Il va se tourner vers la seule chose qu'il possède et qu'il maîtrise : son propre corps. Ainsi, à travers une monstration, il donne à voir que lui aussi peut-être capable.

La torche humaine qu'il devient et qui se consume dans d'atroces souffrances, puisque le sujet demeure conscient et ressent réellement toutes les douleurs dans sa propre chair, vise à dénoncer, à accuser, à témoigner devant les symboles de l'État, d'une identité dévaluée, disqualifiée, qu'il tente par son geste d'immortaliser. Encore un paradoxe : il s'agit de chercher dans la mort une sortie vers la vie.

Cet acte signe aussi la défaite de la pulsion de vie qui oblige, nous dit Freud, tout vivant à tenir à la vie. Cette pulsion défait la vie en s'attaquant au narcissisme du sujet. Par ailleurs, la vulnérabilité à la blessure narcissique, en raison de la faiblesse ou des failles de l'enveloppe psychique, instaure l'incertitude des frontières entre le dedans et le dehors, entre ce qui vient de soi et ce qui vient de l'extérieur. L'acte d'immolation est sans conteste une problématique des limites dans la mesure où en attendant à sa propre vie on pense atteindre l'autre, les autres.

De ce fait, le dedans et le dehors se confondent dans la mesure où en attendant à sa vie, le jeune veut atteindre l'autre, le punir, en faisant peser sur sa conscience la mort de soi. Ce qui n'a pu se produire pendant la vie va se produire lors de la mort ou après la mort. Le second destin de la pulsion de la pulsion, nous dit Freud, est le retournement sur la personne propre. Freud considère alors le masochisme comme un sadisme retourné. Le retournement sur la propre personne implique un changement d'objet. L'objet de la pulsion, de persécuteur externe sur lequel se portaient les pulsions sadiques et haineuses, la rage au sens de M. Klein, dans un premier temps, se transforme lors de l'acte d'immolation en objet interne. En même temps, on peut avancer que la capacité de discrimination Moi/non Moi, Monde interne/Monde externe, Plaisir/déplaisir, Actif/passif est posée dans une sorte d'ordalie, de jugement dernier, où tout tend à se confondre et où plus aucune limite n'existe.

Un mot pour conclure

Il demeure un reste, comme le reste ou l'ombilic du rêve selon Freud au sens de quelque chose qui n'a pas été appréhendée et qui s'impose, à savoir qu'est-ce qui fait que certaines personnes se tiennent sur la lignée frontière entre la vie subie et la mort décidée ? Et comment d'autres inventent-elles une

solution qui leur permet d'assumer ce que Freud, dans *Considérations actuelles de la guerre et de la mort*, nommait le premier devoir de l'être humain : rendre la vie supportable (p. 103) ?

Nous espérons ne pas avoir produit de l'a-parole. Dans tous les cas nous disons que ce sont-là quelques hypothèses soumises à réflexion, à approfondissement et à remaniement. S'agit-il d'un exercice de psychologisation du social de la part d'un psychologue ou d'un outil d'analyse pour comprendre les effets d'un pouvoir archaïque sur les comportements et les conduites des individus ? Elles sont aussi incapables de rendre compte à elles seules de ce type de phénomène ; l'appel aux autres sciences humaines est indispensable, en cela je pense à la sociologie, anthropologie, à l'économie, etc.

LA SEXUALITÉ DES JEUNES AU MAROC

Pr. Abdessamad Dialmy, Sociologue, expert de la sexualité, Maroc

INTRODUCTION/PROBLEMATIQUE

Selon A. Bouhdiba, « le modèle traditionnel de la sexualité au Maghreb, fondé sur la hiérarchie des sexes, la claustration de la femme, le sens de la pudeur et de l'honneur, la démarcation du public et du privé, est aujourd'hui concurrencé par une autre conception, médicalisante, permissive et désacralisante. L'émancipation sexuelle, qui n'est qu'un aspect de l'émancipation globale en cours, commande un nouveau partage des rôles et une nouvelle appréhension des sexes l'un par l'autre »⁶.

En effet, au Maroc, quelques facteurs ont favorisé la libéralisation de la sexualité comme l'irruption de la femme dans l'espace public (grâce à l'enseignement et à l'emploi), le recul de l'âge moyen au premier mariage, la production du désir par la mise en scène du corps grâce aux industries internationales du vêtement et de la communication (cinéma, télévision, presse écrite, publicité...), la mise en vente (quasi-libre) des contraceptifs, la réfection de l'hymen, la pratique de l'avortement clandestin. Le tabou de la virginité et l'interdit social de parler ouvertement de la sexualité⁷ sont remis en cause. Tous ces facteurs sont liés à l'urbanisation, et de manière plus générale à la modernisation.

Cette ouverture n'est ni planifiée ni assumée par les différents acteurs du champ politico-sexuel. Par conséquent, les jeunes courent des risques multiples. Les données du dernier recensement (2004) montrent que les jeunes âgés de 15 à 24 ans constituaient 20,5% de la population marocaine. Selon la même source, cette tranche de la population était presque équitablement répartie entre le milieu rural et le milieu urbain et composée de presque d'autant de garçons que de filles. A cette date, leur nombre s'élevait à un peu plus de six millions et étaient, devant l'élévation de l'âge au mariage, majoritairement célibataires (un peu plus de cinq millions).

En raison de leurs comportements propres, de la nature de l'activité sexuelle sujette à des risques intrinsèques et à son exploitation à des fins non sexuelles, les risques sont les suivants : VIH/SIDA et autres infections sexuellement transmissibles, grossesses non désirées, avortements, délinquance, drogue, violence, trafic sexuel et pornographie, prostitution, tourisme sexuel...

En effet, depuis le début des années 1990, la moitié des infections par le VIH touche la tranche d'âge des 15-24 ans. La séroprévalence chez les jeunes est évaluée à 0,1%, mais les données ne sont pas consolidées du fait de la rareté des informations sur les mineurs⁸. La documentation existante montre que la catégorie des 15-24 ans représente 11% des personnes vivant avec le VIH et sida et que les jeunes femmes sont deux fois plus touchées que les jeunes hommes⁹. Et selon le Population Reference Bureau, 40% des IST enregistrées touchent les jeunes de 15-29 ans, ce qui signifie 240 000 nouvelles infections par an dans ce groupe d'âge¹⁰.

Pour les jeunes filles, un autre risque majeur réside dans la grossesse précoce et/ou d'être mères célibataires : les adolescentes des classes défavorisées y sont trois fois plus exposées que les adolescents des milieux aisés¹¹. Dans des cas de plus en plus fréquents sans pouvoir toutefois être comptabilisés de manière rigoureuse, grossesses et maternités précoces se produisent avant le mariage. Leur illégalité conduit souvent à des avortements clandestins¹², pénalisés et risqués. Cela entraîne la mort de

⁶Abdelwahab Bouhdiba : « La société maghrébine face à la question sexuelle », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Nouvelle série, vol. 76, Le sexuel (Janvier-Juin 1984), pp. 91-110.

⁷Jocelyn DeJong, Bonnie Shepard, Farzaneh Roudi-Fahimi, and Lori Ashford : "Young People's Sexual and Reproductive Health in The Middle East And North Africa", PRB, 2007.

⁸ Au Maroc, le dépistage des jeunes de moins de 18 ans est interdit en l'absence d'autorisation parentale.

⁹ « Situation épidémiologique et tendance du VIH/sida au Maroc », Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies du Ministère de la Santé/Programme national de lutte contre les IST/sida mai 2011.

¹⁰ Ibid. p. 2.

¹¹ Enquête sur la Population et la Santé Familiale : Rabat, Morocco: Ministry of Health; Calverton, MD: ORC Macro; and Pan Arab Project for Family Health, 2005.

¹² L'Association Marocaine de Lutte contre l'Avortement clandestin avance le chiffre de 600 à 800 avortements clandestins par jour, mais sans exposer ses sources ni montrer son mode de calcul.

nombreuses jeunes filles¹³ ainsi que des situations de détresse allant jusqu'au suicide et à l'abandon d'enfants, en particulier dans les milieux les plus pauvres. Julia Beamish et Lina Tazi Abderrazik¹⁴ écrivaient que, en 2003 déjà, 130 000 à 150 000 avortements illégaux ont lieu chaque année au Maroc et touchent principalement les jeunes filles. Toujours selon ces deux chercheuses, la prostitution « formelle » et informelle contribue à un risque IST/VIH élevé parmi les jeunes. En 2011, l'association Insaf a recensé 220 000 mères célibataires au Maroc. De son côté, A. Chenna (Solidarité Féminine) affirme que 5000 enfants sont nés hors mariage cette année là.

Pour faire face à ces risques multiples et divers, il est nécessaire de répondre aux questions suivantes : « comment les jeunes Marocains font-ils leur apprentissage sexuel? Quelles sont leurs sources de leurs informations en matière de sexualité? Qui les conseille en matière d'érotisme, de contraception, de protection? Que pensent-ils des rapports sexuels avant le mariage? A quel âge ont-ils eu leur premier rapport sexuel? Quelles sont les circonstances de ce premier rapport: lieu, initiative, drogue, alcool, conscience d'un risque quelconque, jouissance? Pourquoi les jeunes font-ils l'amour? Quelles sont leurs motivations? Jusqu'où vont-ils quand ils font l'amour? Quelles sont leurs pratiques sexuelles les plus fréquentes, les plus valorisées ? Ont-ils des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels? Ont-ils des pratiques homosexuelles? Comment est-ce vécu? Y-a-t-il recours à la contraception? Comment s'arrangent-ils avec l'interdit islamique? Comment et quand les jeunes ont-ils entendu parler du VIH-Sida? Qu'en savent-ils? Leur comportement sexuel a-t-il changé? Adoptent-ils des précautions »¹⁵

Pour répondre à cet arsenal de questions, le chercheur dispose de peu de données de terrain. Quelques rares études et enquêtes sur la sexualité des jeunes ont été commanditées par quelques institutions, notamment le ministère de la santé, et ce afin d'élaborer des programmes publics de prévention et de prise en charge. D'autres études sur le sujet, aussi rares, avaient été réalisées auparavant et/ou en dehors de la perspective risques/santé (publique). Elles traitent principalement de la libération sexuelle des femmes et de la sécularisation de la sexualité. C'est à partir de ces rares ??? que le papier s'organise en trois parties. La première partie brosse les caractéristiques de la sexualité des jeunes. La deuxième traite des représentations courantes de l'éducation sexuelle, celle-ci étant perçue comme une nécessité publique, comme le seul moyen de faire de la sexualité des jeunes une sexualité saine et responsable. La troisième partie procède à une analyse critique des sources documentaires, à une théorisation de la sexualité des jeunes et à la formulation de quelques recommandations relatives à l'éducation sexuelle.

I-CARACTERISTIQUES DE LA SEXUALITE DES JEUNES

C'est à partir des études et des enquêtes signalées plus haut que ces caractéristiques sont dégagées. Elles sont au nombre de cinq : préconjugale, palliative, précoce, multipartenaire, à risques.

I-1 Une sexualité préconjugale

En 1976, l'enquête de Dialmy à Casablanca¹⁶ établit qu'un très faible pourcentage (8,7%) est d'accord avec l'interdiction de la sexualité avant le mariage (2,2% chez les garçons contre 18,3% chez les filles). 26,6% des enquêtés seulement sont d'accord pour dire que la virginité est à préserver jusqu'au mariage. La majorité (54%) estime qu'une fois fiancés, le couple peut avoir une sexualité avec pénétration vaginale. Les femmes sont plus nombreuses à le déclarer. En fait, la valorisation de la virginité est bien antérieure à la prescription coranique de la chasteté préconjugale féminine. Elle est un moyen de contrôler la sexualité féminine afin de gérer patriarcalement le lignage (pureté du nom/patronyme) et « correctement » la transmission des biens (héritage). L'islam, patriarcalement interprété et appliqué a

¹³ 13% de la mortalité maternelle au Maroc sont imputables à l'avortement clandestin, selon l'Association marocaine de lutte contre l'avortement clandestin (AMLAC), qui milite pour la légalisation de l'avortement.

¹⁴ Julia Beamish et Lina Tazi Abderrazik : *Adolescent and Youth Reproductive Health in Morocco*, UN, Policy Project, 2003.

¹⁵ A. Dialmy : *Jeunesse, Sida et islam au Maroc*, Population Council, MEAward, 1997.

¹⁶ Abdessamad Dialmy : « Sexualité et Société au Maroc », Thèse de 3^{ème} cycle, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Rabat, Juillet 1980, publiée sous le titre « Femme et sexualité au Maroc », Editions Maghrébines, Casablanca 1985 (en arabe).

sacralisé cette norme sociale. Il l'a transformée en norme religieuse. La question de la fréquence de l'activité sexuelle permet de constater que ceux qui n'ont aucune activité sexuelle représentent 8,6% seulement. A signaler ici que 23,4% de filles ne donnent pas de réponse à cette question. Et 65% d'étudiantes sont favorables à l'union libre. Pour 41,3% d'entre elles, l'acte de mariage est formel et secondaire alors que pour 34,4% l'union libre permet d'éviter le sentiment de contrainte que le mariage impose.

Pour S. Naamane¹⁷, en 1986, « la sexualité féminine (au Maroc) est sans orgasme » en 1986. Parmi les autres affirmations intéressantes de cette étude, 65,3% de jeunes filles ont déjà eu des rapports sexuels par l'intermédiaire d'au moins une muqueuse sexuelle, et 38,6% ne sont pas vierges. L'âge moyen de la défloration est 21 ans. L'étude a également signalé que des jeunes filles se retrouvent enceintes tout en étant non déflorées.

En 1994, l'étude « Logement, sexualité et islamisme »¹⁸ se pose la question suivante : dans quelle mesure la frustration sexuelle due à l'espace (ville/logement) joue-t-elle un rôle dans l'émergence de la personnalité intégriste ? Parmi les résultats de l'étude, et par rapport à la sexualité préconjugale, les célibataires y sont plus favorables (41%) que les mariés.

L'étude « Jeunesse, sida... »¹⁹ révèle de son côté que, parfois, l'inexpérience et la fougue des jeunes conduisent à des déflorations préconjugales accidentelles et involontaires. Quand la défloration est non-intentionnelle, le garçon cherche à rompre juste après, pour éviter le scandale ou une éventuelle poursuite. Parfois, la peur du garçon est sans fondement, car la jeune fille n'exploite pas cet « incident » pour exercer un chantage. La virginité semble donc ne plus être cette valeur inestimable que la jeune fille doit chercher à compenser par le mariage en cas de défloration. Des jeunes marocaines commencent à ne plus lui accorder de crédit¹⁹ : « la virginité, je n'y crois pas... du moment que l'on aime la personne avec qui on est... et puis, il faut que la personne vous épouse et vous choisisse pour vous-même, et non parce que vous êtes vierge » Lycéenne de Rabat.

En 2007, l'étude CAP Jeunes²⁰ affirme que 30 % des garçons et 10 % des filles ne voient aucun mal à ce que les célibataires aient des rapports sexuels. A ce propos, 36 % des garçons et 5,2 % des filles ont eu des rapports sexuels avec pénétration vaginale (total 20,6%). Dans la catégorie des pratiques sexuelles avec pénétration, les garçons enregistrent des fréquences quasi-identiques quel que soit le milieu de résidence. Par contre, les jeunes filles du rural pratiquent plus les rapports avec pénétration que les jeunes filles du milieu urbain. Elles sont 16,4% à pratiquer la pénétration vaginale contre 7,2 % en milieu urbain. Par ailleurs, 4,1% des garçons ont eu des rapports homosexuels contre 0,6% chez les filles (total 2,4%). Là, les rapports sexuels avec des personnes du même sexe chez les jeunes hommes sont plus importants en milieu rural qu'ils ne le sont en milieu urbain : 9 % en milieu rural contre 2,8 % en milieu urbain. Il en est de même chez les jeunes femmes en milieu rural avec 2,2 % contre 0,7 % en milieu urbain.

Quant à l'enquête de L'Economiste²¹, réalisée en 2011, elle affirme que plus d'un(e) jeune sur deux entretient une relation amoureuse « informelle » (55%). La relation est tolérée par les parents. Les deux tiers de ceux qui sont âgés entre 16 et 18 ans déclarent être en « couple ». Entre 25-29 ans, des présomptions de concubinage ont été relevées. Par ailleurs, 45% affirment regarder des films pornographiques, mais ils affirment le faire « rarement ».

I-2 Une sexualité précoce

Dans certains cas, la première relation est homosexuelle parce que précoce. La même étude établit que pour les garçons, l'âge au premier rapport hétérosexuel est 8 ans. Pour les tardifs, il eu lieu à 21 ans. Cependant, quand le premier rapport est trop précoce, l'initiative ne vient pas du garçon, il est initié par

¹⁷ S. Noumane-Guessous : *Au delà de toute pudeur*, Soden, Mohamédia, 1987.

¹⁸ Abdessamad Dialmy : *Logement, sexualité et islam*, Casablanca, EDDIF 1995.

¹⁹ A. Dialmy : *Jeunesse...* op.cit

²⁰ Ministère de la Santé/GTZ : *Enquête « connaissances, attitudes et pratiques des jeunes concernant les IST et le sida 2007*.

²¹ Mouna Kadiri : *Enquête sur les jeunes: leurs tabous, leurs colères, leurs espoirs*, L'Economiste et Sunergia, 2011.

une femme plus âgée, souvent une amie de la mère, une voisine. Dans ces cas, on peut parler de pédophilie. Pour les jeunes filles, l'âge au premier rapport hétérosexuel varie entre 14 et 19 ans.

Le premier rapport sexuel « volontaire » et recherché, pour certains garçons, a lieu à 16 ans, avec une travailleuse sexuelle initiatrice.

Pour S. Naamane, l'âge au premier rapport sexuel est 19 ans. En 2002, l'étude de Marrakech²² affirme que les garçons déclarent 14 ans et les filles 12 ans. Ces expériences initiatiques se font avec les voisines, les cousines et les bonnes selon les garçons de la ville.

L'étude CAP Jeunes affirme qu'en 2007, l'âge moyen calculé au premier rapport sexuel avec pénétration est de 16,7 ans pour les jeunes hommes et 18,2 ans pour les jeunes filles. Pour certains, ce fut à 12 ans, garçons et filles confondus.

En 2011, selon l'enquête L'Economiste, 40% ont eu le premier rapport sexuel entre 12 et 14 ans, 45% entre 14 et 16 ans. Cependant, 1% l'ont eu avant 12 ans, et 5% entre 12 et 14 ans.

I-3 Une sexualité perverse polymorphe

En 1976, faire l'amour sans défloration était devenu une « mode ». On parlait du « coup de pinceau ». Pour une jeune lycéenne de l'époque, ce type de rapport sexuel constitue « un juste milieu entre le tabou et le désir ». Elle la considère comme un péché mineur. Cette inadéquation entre la pratique et l'attitude est l'indicateur d'une résolution pratique d'un conflit entre deux systèmes de valeurs antinomiques, l'un permissif (moderne), l'autre répressif (traditionnel). Une sexualité palliative Résister à la tentation de se laisser déflorer procure de la fierté aux jeunes filles et leur font oublier la honte et la culpabilité socialement associées à toute activité sexuelle préconjugale illicite (et perçue comme antireligieuse et immorale).

Les pratiques palliatives permettent de distinguer entre la virginité au sens religieux (absence totale de rapports sexuels avant le mariage) et la virginité au sens conventionnel (préservation de l'hymen avec exercice de toutes les pratiques sexuelles non vaginales).

L'enquête de Marrakech (2002) affirme que les rapports de surface sont amplement cités par les garçons²³.

En 2005, le Centre psychiatrique Ibn Roch de Casablanca²⁴ affirme que 99 % des interrogées déclarent que la virginité est une règle sociale à préserver et 83% d'entre elles déclarent s'être mariées vierges. Cette enquête s'est surtout préoccupée des dysfonctionnements sexuels (vaginisme, dyspareunie, impuissance..).

L'étude CAP jeunes 2007 établit que la grande majorité des garçons (93 %) et des jeunes filles (85%) estiment que « les filles doivent rester vierges jusqu'au mariage ». Selon eux, une fille qui a une expérience sexuelle, complète (ajouterons-nous), n'est pas mariable. Pour l'homme, on ne cherche pas à savoir. Les jeunes ont également déclaré que les garçons n'ont pas de respect à l'égard des jeunes filles qui acceptent les rapports sexuels (totaux) avant le mariage. Par ailleurs, le garçon estime qu'il n'a pas de compte à rendre s'il ne déflore pas la fille, il n'a rien à se reprocher. Car la fille préserve l'essentiel, son hymen, symbole de sa pureté. Toute rupture est sans conséquence pour la fille, à condition que ces rapports sans pénétration restent secrets.

L'enquête a enregistré les déclarations suivantes :

-59,8% de garçons contre 26,4% de filles ont eu des attouchements des parties génitales (total 43,1%). Par attouchement, on doit probablement entendre masturbation.

-51,9% de garçons et 11,7% de filles ont une activité sexuelle sans pénétration (total 31,7%). Les rapports avec attouchements et les rapports sans pénétration enregistrent les mêmes fréquences chez les garçons des milieux urbain et rural. Par contre, chez les filles, celles du milieu urbain pratiquent plus les attouchements tandis que celles du milieu rural déclarent pratiquer plus les rapports sans pénétration.

²² Ministère de la Jeunesse et des Sports/FNUAP : Besoins et représentations de la santé sexuelle chez les jeunes dans la Wilaya de Marrakech, 2002.

²³ Ministère de la Jeunesse et des Sports/FNUAP : Besoins et représentations de la santé sexuelle chez les jeunes dans la Wilaya de Marrakech, 2002.

²⁴ Enquête sur la sexualité des Marocains, Centre psychiatrique Ibn Rochd, Casablanca, 2005.

Enfin 1 % de jeunes filles déclarent des rapports hétérosexuels avec pénétration anale, contre 29,3 % des garçons (total 15,2%).

I-4 Une sexualité à risques

La sexualité des jeunes est une sexualité à risques multiples. C'est une sexualité multipartenaire qui se produit souvent dans des lieux inadéquats, parfois sous l'effet des drogues et de l'alcool. Elle est quelques fois violente, souvent achetée ou vendue, et qui se protège si peu du risque IST/VIH et des grossesses involontaires.

1-4-1 Une sexualité multipartenaire

La « drague » comme mode de rencontre principal fait de la sexualité des jeunes une sexualité occasionnelle. La réponse typique des garçons est en effet : « je n'ai pas de partenaire stable... quand une occasion se présente, je ne la rate pas, je fais l'amour selon les circonstances... je ne laisse rien passer... les filles, on n'en est pas encore blasé... je ne me rappelle pas du nombre des filles avec qui j'ai couché... il y en a beaucoup... pourquoi compterai-je? » (Dialmy, Jeunesse... 1997). Pour la majorité des jeunes, le multi-partenariat semble être la règle. Cependant, il y a lieu de distinguer entre un multi-partenariat successif qui signifie le changement du partenaire, et un multi-partenariat simultané qui consiste à avoir une « fiancée » ou une petite amie qu'on ne touche pas et plusieurs partenaires sexuelles occasionnelles. Coucher avec une fille est, pour le garçon, le meilleur moyen de la mépriser, et de ne plus voir en elle une épouse potentielle. A ses yeux, l'acte sexuel avant le mariage salit la fille de manière définitive et irréversible (Dialmy, Jeunesse, Sida...).

A titre d'illustration, un policier affirme : « j'ai connu 100 filles, mais je n'ai couché qu'avec 35... les autres, les circonstances n'étaient pas propices ». Quand à un garçon de café à Fès, il affirme avoir couché avec au moins 50 prostituées : « mon métier me met en contact avec elles... toutes les prostituées-clients du café où je travaille, j'ai couché avec elles... ».

L'enquête de Marrakech (2002) affirme que « les jeunes scolarisés multiplient les rapports passagers et vivent leur sexualité sous le mode de l'amusement, du loisir et de l'opportunité » ;

Pour l'enquête CAP jeunes 2007, 38,5 % des jeunes filles et 68 % garçons déclarent avoir eu plus qu'un seul partenaire.

I-4-2 Une sexualité sans abri

Le premier risque est dû au fait que pour la grande majorité des jeunes, il s'agit souvent d'un bricolage spatio-sexuel. En effet, la sexualité des jeunes, à l'exception de la jeunesse dorée, souffre d'un problème majeur, celui de ses lieux. Par conséquent, elle est souvent un acte sexuel rapide dans un endroit inapproprié (plein air, toilettes, garage, terrasse, voiture...)²⁵. « A la sortie du collège, les garçons emmènent les filles sur les motos dans les endroits vides »²⁶. Ce bricolage est l'expression d'une sexualité volée, craintive et hâtive, insatisfaisante. Les jeunes pensent à ne pas être surpris en flagrant délit de « débauche » par la police, des voyous ou des passants.

I-4-3 Une sexualité inconsciente

Quelques jeunes déclarent consommer drogue et/ou alcool avant le coït pour dépasser les inhibitions subjectives et les obstacles objectifs de toute nature. D'autres considèrent l'alcool comme un aphrodisiaque et la drogue comme un moyen de ne pas « vivre dans le réel ». En général, on s'arrête au stade de la drogue douce²⁷, le joint de hasch.

Selon CAP Jeunes 2007, 45,3 % de garçons et 20 % des jeunes filles cherchent à avoir des rapports sexuels après avoir consommé drogues et alcools. En effet, cette consommation favorise la transgression des interdits.

²⁵ A. Dialmy : *Logement, sexualité et islam, et Jeunesse, Sida et islam*, op. cit.

²⁶ Ministère de la Jeunesse/FNUAP : *Besoins et représentations...*, op.cit.

²⁷ Cependant, dans une autre enquête, nous avons pu relever que des jeunes marocains et marocaines consomment de la drogue par injection intraveineuse. Une prostituée de Tanger se piquait devant l'enquêtrice pour pouvoir répondre aux questions. Voir A. Dialmy et L. Manhart : *Les maladies sexuellement transmissibles au Maroc : construction sociale et comportements thérapeutiques*, Ministère de la Santé Publique / Université de Washington, Rabat, Imprimerie de Temara, 1997.

I-4-4 Une sexualité achetée

Dans de nombreux cas, la première expérience hétérosexuelle se fait avec une travailleuse sexuelle et devient synonyme d'une première MST28, généralement une blennorragie appelée *berd* (froid)²⁹. Aucune jeune fille ne déclare avoir joui lors de son premier rapport hétérosexuel.

Pour les garçons, la prostitution remplit, outre sa fonction d'initiation, une autre fonction de soulagement, indéniable. L'incapacité de séduire une jeune fille amène de nombreux jeunes à recourir aux services de la travailleuse sexuelle. La fréquentation des travailleuses sexuelles est parfois la seule possibilité. Pour certains garçons, la peur d'avoir des ennuis avec les jeunes filles (risque de défloration, risque de grossesse, attachement affectif, chantage au mariage...) conduit à préférer les prostituées. Avec celles-là, les jeux sont clairs, affirment-ils dans « Jeunesse, Sida... ».

Selon CAP Jeunes 2007, 50% de garçons ont eu leur premier rapport sexuel avec pénétration avec une professionnelle du sexe ou avec une personne rencontrée au hasard. Deux tiers des garçons déclarent avoir déjà eu un rapport avec une professionnelle du sexe : 4 % régulièrement et 63,4 % parfois ou de temps en temps.

I-4-5 Une sexualité vendue

A la différence des travailleuses sexuelles, de nombreuses jeunes filles se prostituent en amateur, de façon déguisée, séduite par les sorties et les cadeaux. C'est le cas des lycéennes, des étudiantes et de quelques petites fonctionnaires.

Des garçons interviewés (en 1997) n'ont pas hésité à reconnaître le rôle « passif » qu'ils jouent dans la relation homosexuelle prostitutionnelle. Cependant, que ce soit dans la posture passive ou active, les jeunes ne se reconnaissent ici ni comme homosexuels ni comme prostitués. Une séparation nette est ici effectuée entre les pratiques homosexuelles prostitutionnelles et l'identité. Ces pratiques ne sont pas définitionnelles de l'identité même si elles se transforment en mode de vie, en moyen de gagner sa vie. Le sexe, quand il est pratiqué pour de l'argent, n'est pas définitionnel de l'identité sexuelle aux yeux des garçons.

Un autre aspect du risque de marchandisation du sexe réside dans l'usage de l'internet. L'étude « Internet, sexualité et violences sexuelles »³⁰ montre que les jeunes 12-18 ans :

-64% chattent autour de choses sexuelles,

-42,9% (garçons) et 30,8% (filles) se sont déjà déshabillés devant une webcam,

-66% envoient des photos nues à un cyber interlocuteur.

L'étude conclut en affirmant que l'usage de l'internet par les jeunes 12-18 ans comporte un risque de pédophilie, de prostitution et d'apprentissage d'une sexualité « malsaine » fondée sur la violence, la chosification du partenaire et le culte de la performance.

I-4-6 Une sexualité peu protégée du risque de grossesse

Selon l'enquête « Indicateurs multiples », les jeunes qui ne connaissent aucun moyen contraceptif représentent 15% (19% de garçons et 11% de filles). Par milieu de résidence, la proportion de ceux qui ne connaissent aucune méthode est de 23% en milieu rural et de 9% en milieu urbain. Par rapport au niveau d'instruction, cette proportion va de 27% chez les jeunes sans aucun niveau d'instruction à 1% chez ceux de niveau d'instruction supérieure. A l'opposé, 85% ont déclaré connaître une méthode

²⁸ Ibid. Lors de cette première fois, le garçon n'utilise pas de préservatif. Ces premières expériences hétérosexuelles relatées ici datent d'il y a 10 ans en moyenne, c'est à dire d'une période où le Maroc ne parlait pas encore de sida comme aujourd'hui.

²⁹ Ibid. *Berd* (froid), terme à quadruple fonction dans la société marocaine. La première fonction est nominative, par ce terme, on nomme toute maladie vénérienne autre que la syphilis. La deuxième fonction est explicative, le froid est à l'origine de la maladie vénérienne, guéri par le chaud. La troisième fonction est symbolique, le froid est symbole du féminin, accuser le froid d'être l'origine de la maladie, c'est inconsciemment désigner la femme comme coupable. La quatrième fonction est sociale, elle consiste à occulter le mode de transmission sexuelle de la maladie pour sauvegarder la bonne image de soi et l'entente du couple.

³⁰ R. Benjelloun, I. Kendili, A. khoubila, N. kadi : *Internet, sexualité et violences sexuelles*, Centre psychiatrique Ibn Rochd, Casablanca, 2010.

contraceptive au moins. Parmi ceux qui connaissent la contraception, la quasi-totalité (97%) des jeunes connaît la pilule, méthode de contraception. Le condom, le DIU et les injectables viennent beaucoup plus loin derrière avec respectivement 39%, 28% et 26%. Les filles connaissent mieux les deux dernières méthodes.

Au niveau des attitudes, la proportion des jeunes filles qui approuvent l'utilisation de la contraception (92%) est plus importante que celle des jeunes hommes (82%).

Selon CAP Jeunes 2007, les pratiques d'évitement de la grossesse sont peu répandues parmi les garçons puisque 40% déclarent ne rien faire. Ils ne s'estiment pas concernés par cette tâche. Les filles sont plus impliquées : seulement 16,4 % déclarent ne rien faire. Parmi ceux qui prennent des précautions, 14 % de garçons déclarent utiliser le préservatif et 20 % pratiquer des rapports superficiels (contre respectivement 3 % et 18 % des jeunes filles). Trois pour cent (3 %) seulement déclarent utiliser un contraceptif. Au sein de cette minorité, certaines filles ne prennent pas la pilule régulièrement : 25% la prennent avant le rapport et 3% après le rapport.

Selon l'enquête de l'Economiste (2011), les garçons se protègent davantage du sida, les filles des grossesses. Et 91% des réponses des jeunes indiquent l'usage de la capote comme moyen de contraception ou de protection.

I-4-7 Une sexualité peu protégée du risque VIH

Au niveau de la connaissance, l'étude « Jeunesse, Sida... » a établi que, pour les jeunes, même scolarisés, le sida n'est pas un objet de connaissance scientifique, il est surtout un objet culturellement construit. Au niveau des symptômes par exemple, une certaine pauvreté caractérise la description que les jeunes en font. Les symptômes les plus cités sont l'amaigrissement et la chute des cheveux. Pour remédier à cette sous-connaissance, des enquêtés projettent les symptômes de la blennorragie sur le sida et le transforment en maladie qui atteint les organes génitaux. Une prostituée raconte à ce propos :

« J'ai entendu le mot SIDA en 94 ou 95... après avoir commencé à me prostituer... j'ai passé la nuit avec un type qui n'a pas mis de préservatif et qui m'a dit : 'j'espère que tu n'es pas malade de sida ou d'autre chose'... c'était la première fois que j'entendais ce mot... je n'ai rien compris sur le moment mais je ne lui ai rien demandé... après, j'ai demandé à une copine qui m'a dit que le sida est une maladie incurable, que le sidéen est brûlé, que le sida touche les hommes et les femmes... quand la fille marche, le sang et le pus coulent de son vagin... j'ai entendu dire qu'on a brûlé 33 femmes à Casablanca, toutes atteintes de sida... Moi je connais des filles qui ont le sida... si la fille dégage une mauvaise odeur, c'est ça le sida, même si elle se lave, même si elle va au bain...»

A son tour, la signification des sigles VIH et SIDA n'est pas connue, de même que la signification du terme asymptomatique. Parfois la distinction entre séropositif et malade n'est pas encore acquise. Les jeunes se livrent à des estimations hasardeuses du nombre de cas de sida. Quelques jeunes nient l'existence du sida au Maroc. Ils considèrent le sida comme une maladie étrangère, importée par ceux qui vivent en Occident. L'épidémiologie spontanée des jeunes est ici xénophobe.

Cette épidémiologie est également misogyne. Les jeunes estiment en effet que les femmes sont plus atteintes par le sida (en comparaison avec les hommes). Cette assertion, statistiquement fautive est fondée sur un préjugé profondément ancré dans la psyché marocaine collective et qui consiste à considérer la femme comme la source de toutes les maladies vénériennes. Pour les jeunes, l'agent pathogène se forme dans l'appareil génital de la femme suite à des rapports sexuels avec des partenaires multiples. La formation du microbe/ virus serait la conséquence du mélange des spermatozoïdes et de leur stagnation dans l'appareil génital de la femme.

L'étiologie ordinaire que des jeunes développent est entachée d'éléments extrascientifiques. Le froid (berd), la débauche (illégalité et perversion), la punition divine, la proximité corporelle (contagion) sont invoqués comme « causes » du sida. L'identification du VIH comme seule cause du sida reste un élément très peu fréquent dans l'explication du sida. Plus précisément, il existe une confusion, entre les notions de cause et de transmission.

Selon le CERED31, en 2005, 58% d'adolescents pensent que le sida se transmet par la salive. La connaissance du sida reste très limitée, entre 20 et 42%. Les informations sur le sida circulent davantage parmi les filles.

Pour l'enquête à indicateurs multiples (Ministère de la Santé, 2006)³², 80% des jeunes ont déclaré connaître le sida. Cependant, la connaissance des autres IST est faible : 14% connaissent la syphilis, 12% l'écoulement chez l'homme, 7% l'écoulement chez la femme et 4 % l'hépatite.

Selon l'enquête de L'Economiste (2011), le sida est connu par 99% des jeunes alors que la syphilis n'est citée comme MST que par 28%.

Au niveau de la prévention, l'étude « Jeunesse, sida et islam » (1997) a révélé qu'au niveau de la connaissance, les jeunes citent les « techniques » suivantes pour se préserver du risque IST-VIH : la marginalisation des « sidéens », l'utilisation du préservatif, la fidélité, l'évitement des prostituées, l'examen clinique du client par la prostituée, le mariage, l'abstinence, le test de dépistage.

Trois pratiques sont à distinguer : la première se caractérise par l'inconscience, la deuxième par une conscience de risque non traduite en pratique, et la troisième par une pratique préventive effective.

Dans le cadre de la première attitude, un préjugé assez courant consiste à dire que seule l'homosexualité réceptive transmet le VIH. Des jeunes racontent qu'ils sodomisent des étrangers, coopérants ou touristes, avec la conviction de ne courir aucun risque tout en n'utilisant pas de préservatif. Le sodomisé est perçu comme quelqu'un qui renonce à sa masculinité et qui se comporte en femme, en pervers, donc méprisable, donc méritant le châtiment. Attraper le sida est la punition des homosexuels passifs, ceux-ci sont considérés comme les seuls à transgresser le tabou de l'homosexualité.

La deuxième attitude, tout en étant conscience du risque, ne s'accompagne pas de pratique, eu égard à l'image sociale négative du préservatif. Pour certains, le préservatif gêne l'érection et empêche de jouir complètement. Pour d'autres, la sodomisation hétérosexuelle, considérée comme meilleure que la pénétration vaginale, est plus difficile avec le préservatif. Pour d'autres, la non utilisation du préservatif s'explique seulement par son indisponibilité au moment de l'acte sexuel, ce qui laisse penser que cet acte est imprévu et conjoncturel. Dans certains cas, le premier rapport est fait avec préservatif tandis que ceux qui suivent durant la même nuit sont faits sans préservatif parce que celui-ci n'est plus disponible. La sexualité opportuniste, faite de rencontres de hasard et de consommation sexuelle quasi-immédiate, est une sexualité imprévoyante. Le préservatif est également accusé d'être cher et son acquisition nécessite en plus d'aller en pharmacie, ce qui est une reconnaissance publique de fornication avec les prostituées. Dans certains cas, l'ivresse fait oublier l'utilisation du préservatif, fût-ce à l'occasion d'un rapport sexuel avec une travailleuse sexuelle, même si d'habitude le jeune garçon est habitué à le mettre. Parfois, une sorte de je m'en foutisme remplace l'ivresse pour exprimer l'absence d'autocontrôle. La jouissance passe avant tout, avant toute peur. Des jeunes ne veulent pas penser au SIDA et se lancent à corps perdu dans une sexualité sans prévention, sans peur de la maladie et de la mort. Cette sexualité est vécue sur un mode compulsif pour oublier une réalité quotidienne amère, elle est le moyen d'une confirmation de soi. La sexualité est tout ce qui reste à un jeune qui n'a rien, et qui n'est rien.

Quant à la majorité des travailleuses sexuelles, elles reconnaissent ne pas pouvoir imposer le préservatif au client de peur de le perdre. Elles préfèrent ignorer que le client est malade. Pour elles, l'emploi du condom sert d'abord à protéger le client, quant à elles, elles se considèrent comme déjà mortes.

La troisième attitude consiste dans le changement du comportement sexuel depuis que l'on a entendu parler de sida. Ce changement se fait dans deux directions opposées. La première est un retour à la morale traditionnelle tandis que la seconde est favorable à un comportement sexuel « libre » et lui associe une utilisation systématique du préservatif. Dans le premier cas, la religion est explicitement citée pour justifier l'abstinence préconjugale. Le sentiment religieux réapparaît alors comme une véritable prophylaxie. Dans le second cas, le préservatif est comparé à la carte d'identité nationale. Si la

³¹CERED : *L'adolescence en question. Analyse des résultats de l'enquête sur les adolescents en milieu semi-urbain et rural de Marrakech*. Rabat: Ministère de la Prévision Economique et du Plan, 2005.

³² Ministère de la Santé/UNICEF/UNFPA : Enquête Nationale à Indicateurs Multiples et Santé des Jeune 2006-2007.

carte nationale protège l'individu des rafles policières, le préservatif le protège de la « rafle du sida », rafle plus dangereuse, définitive, sans retour.

Toujours dans « Jeunesse, sida et islam », pour les défenseurs du préservatif, la prescription islamique de l'abstinence sexuelle préconjugale est inapplicable dans une société sexuellement excitante. La ville moderne, vecteur d'une sexualité dés-institutionnalisée, pousse les jeunes à adhérer à des définitions nouvelles de la sexualité et à lui attacher des fonctions inédites. Pour l'un d'entre eux, le sexe est un besoin naturel, voire un « droit naturel », pour une jeune fille, « le sexe est une condition nécessaire pour bien penser, pour penser » tout court, l'insatisfaction sexuelle chronique étant perçue comme une source de déséquilibre psychologique

Pour les jeunes, la jeunesse est perçue comme une période d'insouciance pendant laquelle il faut accumuler un certain nombre d'expériences amoureuses et sexuelles qui préparent à la vie conjugale. Aussi des jeunes filles voudraient que l'Islam soit plus compréhensif, « plus civilisé... et qu'il donne le droit de vivre la sexualité sans punir ». Dans ce sens, un jeune architecte de Fès affirme que « la solution originelle, c'est l'abstinence, mais comme l'abstinence est inexistante et eu égard aux conditions de vie des jeunes, le condom, c'est la solution... c'est celle d'une sexualité protégée des jeunes célibataires».

Pour l'enquête à indicateurs multiples³³, le mode de transmission sexuelle du VIH est le mode le plus fréquemment cité (80%) par les jeunes. Cette proportion atteint 94% chez ceux connaissant le sida. La fidélité a été citée à raison de 60% comme moyen de prévention. Par contre plus d'un jeune sur quatre (28%) ne reconnaît pas le condom comme moyen de protection contre le sida. A la question de savoir s'ils peuvent prendre soin chez eux d'une personne de la famille atteinte par la maladie, un peu plus des trois quarts (76%) des jeunes ont répondu par l'affirmative. A la question de savoir s'ils achèteraient des légumes frais chez une personne vivant avec le VIH/sida, seulement 58% ont répondu par l'affirmative.

L'enquête du MJS/FNUAP indique que ce sont les jeunes artisans, ouvriers agricoles et chômeurs vivant en milieu rural qui sont les groupes les plus exposés au risque IST-VIH parce que la majorité de leurs rapports sexuels se font avec les prostituées. Il en est de même des jeunes issues des zones urbaines défavorisées à Marrakech. Cependant, les jeunes évoquent davantage les risques défloration, grossesse que le risque IST-VIH. L'utilisation du préservatif n'est pas toujours préconisée comme pratique préventive.

Selon CAP Jeunes 2007, lors du premier rapport sexuel, une personne sur quatre a utilisé un préservatif. Les filles se protègent moins au premier rapport sexuel. Seul un tiers des garçons utilise systématiquement le préservatif lors de chaque rencontre avec une travailleuse sexuelle. Et si 42% l'utilisent de manière irrégulière, 20% ne l'ont jamais utilisé. Près de 50% de garçons sexuellement actifs n'ont jamais utilisé de préservatif. Seul le quart affirme l'avoir toujours utilisé. A ce propos, le niveau de protection des jeunes du rural est moins important que celui des jeunes de l'urbain. Plus du tiers des répondants n'utilisent pas le préservatif par refus des partenaires ou parce que eux-mêmes ne l'aiment pas. C'est le principal facteur qui est invoqué dans la non utilisation du préservatif. Le second facteur réside dans la non disponibilité du préservatif.

Toujours selon CAP Jeunes 2007, 21 % des jeunes hommes et 46 % des jeunes filles, déclarant des MST, ont continué à avoir des rapports sexuels tout en ayant des symptômes. Parmi ceux-ci, tous les garçons (contre 85 % des jeunes filles) l'ont fait sans utiliser de préservatif.

II-EDUCATION SEXUELLE POUR LES JEUNES

Face à la sexualité des jeunes (à risques multiples), des activités de sensibilisation des jeunes (garçons et filles) sont mises en œuvre par plusieurs institutions et par la société civile (notamment les associations qui s'occupent du VIH sida³⁴. Parmi les approches, l'éducation par les pairs en milieu scolaire et extra scolaire et les maisons de jeunes, l'intégration de modules dans les programmes de formation, l'implication des jeunes dans l'élaboration des messages spécifiques.

Cependant, tout le monde reconnaît que la réponse fondamentale pour prévenir la sexualité à risques multiples des jeunes réside dans l'éducation sexuelle. Celle-ci est devenue une nécessité publique. Mais

³³Ministère de la Santé/UNICEF/UNFPA : Enquête Nationale à Indicateurs Multiples et Santé des Jeune 2006-2007.

³⁴ Royaume du Maroc : Mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH/Sida, Rapport national 2012

qu'entend-on exactement par éducation sexuelle au Maroc? S'agit-il simplement de transmettre un savoir concernant les organes sexuels et leur fonctionnement? S'agit-il seulement d'apprendre aux jeunes comment éviter les IST-VIH, les grossesses involontaires et l'exploitation sexuelle? S'agit-il d'apprendre aux jeunes des techniques érotiques pour atteindre le plaisir? S'agit-il d'une éducation qui vise la promotion du principe de l'égalité entre tous les acteurs sexuels : entre les hommes et les femmes, entre les mariés et les non-mariés, entre les hétérosexuels et les autres (LGBT)? S'agit-il de reconnaître la sexualité comme un droit humain indépendamment du sexe, du statut matrimonial et de l'orientation sexuelle de manière à rendre l'individu libre et autonome? Entendue dans un sens compréhensif, l'éducation sexuelle est tout cela à la fois³⁵. Elle englobe tous ces contenus et tous ces objectifs. Le Maroc peut-il accepter de mettre mécaniquement en œuvre cette définition compréhensive de l'éducation sexuelle ?

Quelles sont les différentes réponses apportées à ces différentes questions ? Qui sont les émetteurs des différentes réponses à ces différentes questions ? Les réponses que l'on peut recenser sont les suivantes: la réponse institutionnelle (éducation et santé), la réponse des éducateurs (parents, enseignants et des soignants), la réponse de la société civile, la réponse des jeunes.

II-1 La réponse institutionnelle

La réponse institutionnelle est notamment visible au niveau des ministères de l'éducation nationale et de la santé.

II-1-1 La réponse du ministère l'éducation nationale

La question de l'éducation sexuelle a été traitée par le ministère de l'éducation nationale dès le début des années 1980 à travers « l'éducation en matière de population » (EMP)³⁶. Celle-ci n'est pas instituée comme une matière spécifique et autonome, mais plutôt intégrée dans diverses matières déjà existantes comme l'arabe, l'histoire-géographie, l'éducation islamique, les sciences naturelles et l'éducation féminine-éducation familiale.

A titre d'exemple, dans la matière « éducation islamique », un chapitre de morale en deuxième année de lycée sur l'éducation islamique de l'instinct sexuel et la lutte contre la débauche, un autre sur le statut de la famille en Islam en 3ème année de lycée.

Quant à l'éducation féminine, c'est une matière qui était enseignée uniquement aux collégiennes jusqu'en 1996. Le contenu du manuel scolaire L'éducation féminine traite des thèmes suivants : l'importance de la protection de la reproduction humaine, la grossesse, l'entretien sanitaire pendant la grossesse, la planification familiale, l'accouchement. Le chapitre sur les MST se conclut par la recommandation suivante : « que la personne atteinte de SIDA s'empresse de se faire soigner, car plus elle fait vite, plus ses chances de guérison augmentent ». En 1996, « il a été décidé que garçons et filles profitent de cette matière étant donné qu'elle s'intéresse à la famille et à ses questions. Elle a alors été appelée éducation familiale au lieu d'éducation féminine. Cependant, le manuel est resté le même, et les garçons sont très gênés d'étudier dans un livre qui s'intitule L'éducation féminine³⁷. Le contenu référentiel de la protection de la reproduction humaine (chapitre fondamental de l'éducation familiale) est le suivant : définir la grossesse, les organes de l'appareil génital de la femme, la période d'activité de l'appareil génital de la femme, citer quelques symptômes de la grossesse, éclaircir la notion de fécondation.

En sciences naturelles, en 2ème année Lettres, un paragraphe traite du SIDA comme exemple d'immunodéficience. Dans ce cadre, on analyse les données historiques sur le SIDA, on identifie les modes de transmission du SIDA et les moyens de prévention, et on présente le dépistage du VIH à travers les tests Elisa et Western Blot. Dans les 3èmes années sciences expérimentales, sciences agricoles et lettres, on étudie la reproduction humaine à travers les points suivants : anatomie et

³⁵ A. Dialmy : *Education sexuelle pour jeunes musulmans*, Rabat/La Haye, Editions Filad, 2011.

³⁶ A. Dialmy : "Les politiques d'éducation sexuelle" dans *Santé de reproduction au Maroc: facteurs démographiques et socioculturels*, CERED, 1998

³⁷ Selon une enseignante de la matière que Dialmy a interviewée au collège Ibnou Marine à Fès, le 16 Avril 1998.

physiologie de l'appareil génital chez l'homme et la femme, fécondation, développement du fœtus, techniques contraceptives, prévention des MST.

De manière générale, les programmes mettent l'accent sur deux aspects de la sexualité, la reproduction (aspect biologique) et les MST (aspect préventif), tout en rappelant que la sexualité doit respecter l'éthique islamique en la matière, à savoir l'assujettissement de la sexualité au mariage et à l'hétéro-normativité. La dimension du plaisir est complètement tue, occultée.

A leur tour, Khzami et autres ont fait le même travail 12 ans après (en 2010), à savoir dépouiller quelques manuels scolaires qui traitent de l'éducation à la santé et à la sexualité³⁸. Ils relèvent que cette éducation se résume à une énumération des prescriptions et d'interdits : « éviter absolument : la prostitution, la multiplication des partenaires sexuels, l'injection intraveineuse de drogues, « adopter : la fidélité à vos conjoints, l'utilisation du préservatif, l'utilisation des instruments perçant la peau bien stérilisés ou à usage unique », « éviter les relations illégitimes et les relations sexuelles anormales... ». Ces messages complètent les informations strictement biologiques et reproduisent les valeurs morales sociales dominantes largement inspirées de l'islam. Les manuels associent l'usage du préservatif à des relations sexuelles socialement réprouvées et affirment qu'une relation sexuelle socialement acceptée ne nécessite pas l'usage du préservatif. En outre, aucun manuel ne propose explicitement de développer la tolérance sexuelle.

Pour compléter son action, le Ministère de l'Éducation nationale a créé dans les établissements scolaires des clubs de santé animés par des éducateurs pairs, et introduit des cours sur la santé reproductive dans les programmes.

II-1-2 La réponse du ministère de la santé

A partir de 2004, le Ministère de la Santé accorde une attention accrue à la santé des adolescents et des jeunes. Suite à une large consultation de la jeunesse, le programme multisectoriel « Jeunes pour Jeunes » a été lancé avec le soutien du FNUAP, en impliquant les départements de la Santé, de l'Éducation et de la Jeunesse. Il a notamment abouti à la création des « Espaces Santé Jeunes » (ESJ) par le Ministère de la Santé, uniquement dans les grandes villes. En 2011, le pays en compte 25, avec pour objectif de contribuer au développement psychosocial des jeunes de 12 à 24 ans, y compris en matière de santé sexuelle et reproductive, à travers des services cliniques, d'écoute, d'orientation et d'information accessibles et adaptés³⁹.

Les leaders religieux (dont 7 000 imams et 5 000 prédicateurs) ont été formés pour relayer les messages les plus pertinents en matière de prévention.

Evaluation de la réponse institutionnelle

Les études d'évaluation qui ont été faites par le ministère de l'éducation nationale montrent que l'éducation scolaire a peu d'effet sur le comportement sexuel des jeunes⁴⁰. L'introduction du module du VIH dans le cursus scolaire est jugée insuffisante par le ministère de la santé. Les ESJ sont mal connus et ne répondent pas suffisamment à la demande des jeunes en matière de soins, écoute et éducation à la santé⁴¹. Il en est de même des programmes qui ciblent les enfants, les adolescents et les jeunes non scolarisés, et qui sont dans une situation de vulnérabilité plus grande. De manière globale, les moyens mobilisés restent insuffisants pour assurer la réalisation des droits reproductifs des jeunes. Certains droits humains fondamentaux ayant trait aux libertés individuelles ne leur sont même pas reconnus. Enfin, la coordination interministérielle à ce sujet est défailante.

II-2 La réponse des éducateurs

C'est celle des soignants et des enseignants qui a pu être collectée. Celle des pères a pu être collectée de manière non systématique.

³⁸ Salah-Edine Khzami, Abdelaziz Razouki, Boujemaa Agorram, Sabah Selmaoui & Dominique Berger : « Les valeurs transmises par les manuels scolaires marocains et par les enseignants à travers l'éducation à la santé et à la sexualité », Biennale Internationale, Communication n°126- Atelier 8 : Transmission et genre, 2010.

³⁹ Ministère de la Santé, 2011 : Stratégie Nationale de la Santé de la Reproduction 2011-2020.

⁴⁰ M. Fettouhi, A. Aït Lkhiari et al : Le rayonnement de l'école sur son environnement (en arabe), Ministère de l'Éducation Nationale, Direction Générale des Questions Educatives, 1996, pp. 45-91.

⁴¹ *Evaluation des espaces santé jeunes*, Ministère de la Santé, 2010.

II-2-1 La réponse des pères

Cette réponse a été recueillie à travers l'étude « Identité masculine et santé reproductive au Maroc » réalisée en 2000 (et publiée en 2010) ⁴². L'étude a ciblé le marocain non intellectuel qui, sans être analphabète, reste en principe imprégné par la morale sexuelle patriarcale traditionnelle.

Au sujet de l'éducation sexuelle, trois attitudes ont été identifiées : une attitude favorable à l'éducation sexuelle, une attitude moraliste, une attitude qui appelle à islamiser l'éducation sexuelle.

L'attitude favorable estime que l'éducation sexuelle est un savoir auquel les jeunes ont droit. Elle est définie comme transmission d'un savoir sur le coït hétérosexuel et sur l'utilité des « capotes ». Un interviewé affirme simplement que « si la fille sait qu'il y a des contraceptifs, elle ne tombera pas enceinte ». Plus loin, l'éducation sexuelle est acceptée (aussi) comme éducation érotique afin de préparer filles et garçons à une vie conjugale sexuellement réussie. « Au Maroc, il y a des hommes à qui on amène une prostituée qui leur montre ce qu'ils doivent la nuit des noces ». L'item « l'éducation sexuelle doit s'adresser aux deux sexes sans discrimination » a recueilli une réponse favorable majoritaire de 59%. L'item « le père et la mère doivent assurer conjointement l'éducation sexuelle de leurs enfants » a également recueilli une réponse majoritaire de 56% (contre 31%).

L'attitude moraliste estime (avec une majorité de 57%) que l'éducation sexuelle ne conduit pas à la débauche. Elle est au contraire une lutte contre la débauche. Elle montre à l'enfant qu'il y a un rapport sexuel entre l'homme et la femme « afin que l'enfant ne dévie pas vers l'homosexualité ». Pour les tenants de cette attitude, la débauche signifie homosexualité. De plus, être favorable à l'éducation sexuelle signifie uniquement transmettre un savoir théorique. « Quand j'éduque sexuellement mon enfant, ça ne veut pas dire que je le pousse à « coucher », je lui donne juste une connaissance de son corps ». L'éducation sexuelle ne doit donc pas déboucher sur la pratique sexuelle avant le mariage (surtout pour la fille, insiste-t-on). Car l'activité sexuelle préconjugale des filles est uniquement pensée en termes de débauche ; par contre, celle des garçons l'est en termes d'expériences.

La troisième attitude appelle à une éducation sexuelle islamisée. Cela consiste à confier l'éducation sexuelle à une école où l'éthique islamique est une référence efficiente. « Il faut commencer par les choses qui font peur (du sexe)... puis apprendre au garçon comment se tenir devant une fille... on ne t'apprend pas comment fornicer, mais comment consommer le mariage, la nuit de la pénétration, cela en rapport avec l'aspect religieux... ». Par conséquent, l'éducation sexuelle consiste à interdire toute activité sexuelle aux pubères et adolescents des deux sexes. « Avant le mariage, c'est animal » affirme-t-on ici.

II-2-2 La réponse des enseignants

Les jeunes scolarisés dans l'étude « Jeunesse, sida et islam » rapportent deux témoignages révélateurs : 1) une professeur d'éducation familiale a reconnu dire aux élèves que les rapports extraconjugaux sont une cause de MST, tout en sachant que c'est faux quand ces rapports sont protégés. Par peur des parents, elle n'ose pas dire que le préservatif est une protection contre les MST, 2) un autre professeur, en colère, dit à l'élève : « comment peux-tu apprécier cette chanteuse atteinte de SIDA. Les gens atteints de SIDA, il faut les brûler... Un ami nous a dit que la chanteuse N. A. a été brûlée car elle était atteinte de SIDA... A la même époque, j'entendais dire que N. A. était athée, et qu'elle n'était plus musulmane... cette maladie, elle l'a eu donc comme punition divine... ».

De son côté, un médecin⁴³ rapporte que « lors de son exposé sur les MST dans un établissement scolaire, l'enseignant était sorti », tellement il avait peur de perdre son autorité sur les élèves. Car en général toute discussion sur le sexe est censée abolir les frontières du respect. En effet, pendant le cours de sciences naturelles (dernière année de collège) qui porte sur l'appareil génital, la fécondation, et les MST, un lycéen de Fès raconte que les élèves commencent à rigoler et à dire de gros mots, et les filles à pâlir (A. Dialmy ; Jeunesse, Sida...). Ce comportement rend difficile toute transmission de savoir en la

⁴² A. Dialmy : *Critique de la masculinité au Maroc*, Rabat, Editions Warzazi, 2010.

⁴³ Interrogé dans le cadre d'un focus group, voir notre rapport *La prise en charge des porteurs MST dans la santé publique au Maroc*, Ministère de la Santé Publique / Union Européenne, 1997.

matière. Ainsi, on voit comment le caractère scientifique de l'information sexuelle scolaire ne suffit pas à gommer l'effet négatif de la socialisation sexuelle primitive. Celle-ci fait de tout échange verbal sur la sexualité un échange vulgaire et grivois.

Selon une enquête plus récente (2010)⁴⁴ qui a touché 330 professeurs et élèves professeurs, ceux-ci pensent qu'il est impossible d'enseigner les composantes sociales de l'éducation sexuelle aux élèves du primaire. Seul le thème de la pédophilie peut être enseigné afin de les prémunir contre ce risque. 63% estiment que ce thème doit être enseigné avant que l'âge de 12 ans. Les thèmes de l'inceste et de l'abus sexuel sont à enseigner avant l'âge de 15 ans (66%) La majorité des enseignants (67%) pensent que le comportement sexuel à promouvoir par l'éducation sexuelle scolaire est d'avoir une activité sexuelle stable avec un seul partenaire (dans une relation légale). Une minorité de 20% est favorable à des pratiques sexuelles sans risque par le biais de l'usage du préservatif. Le plus important est que 61% de professeurs ne sont pas d'accord avec la proposition selon laquelle les enseignants doivent éviter d'enseigner l'éducation sexuelle sous prétexte que la sexualité est une affaire privée. Par contre, les élèves-professeurs sont contre l'éducation sexuelle qu'ils considèrent comme un sujet culturellement tabou. Selon eux, la pudeur exige que l'on n'en parle pas avec les jeunes à l'école.

Les enseignantes femmes paraissent plus opposées à l'information et la prise en compte des aspects intimes et sociaux (les organes du plaisir, l'orgasme, le plaisir sexuel, l'érotisme et la pornographie)⁴⁵. Les enseignants plus que les enseignantes semblent soumis à une perception traditionnelle, tributaire de l'héritage social et culturel qui considère l'homme comme supérieur à la femme. La totalité des enseignants interrogés ont une vision négative de l'homosexualité. Les jeunes sont plus opposés à l'avortement.

II-2-3 La réponse des soignants

En 1997, le Ministère de la santé, avec le soutien de l'Union Européenne réalisa une étude sur « La prise en charge éducative des patients MST dans la santé publique ». Qualitative (par focus group), l'étude fut réalisée par A. Dialmy dans 3 sites : Essaouira, Khénifra et Tanger.

Les soignants ont identifié cinq contenus de l'éducation sexuelle : biologique, contraceptif, préventif, érotique et éthique. Pour une minorité de médecins, « le message, ce n'est pas 'utilisez le préservatif pour ne pas attraper de MST'... il ne faut pas combattre directement les MST... Le message, c'est de combattre le mal en lui-même, le rapport illégal (zina), et on ne peut pas le combattre en le tolérant (en le protégeant) ». Le contenu érotique qui réfère aux techniques de la jouissance est très peu développé par les soignants ans leur ensemble. Quand ceux-ci en parlent, c'est spécialement pour dire qu'il ne doit pas cibler les jeunes filles. Le contenu éthique réfère à la morale sexuelle. C'est le contenu qui est le plus développé, le plus polémique.

Pour les soignants conservateurs, l'éducation sexuelle doit être islamisée dans le sens où son but est « de faire éviter les perversions comme l'homosexualité, de pousser à se marier tôt et à rester fidèle au partenaire ». Pour eux, « si la fille perd sa virginité, elle rentre tôt dans la prostitution ... La fille doit se réserver à son mari et rester vierge, à quoi lui servirait l'éducation sexuelle? Pourquoi va-t-on lui expliquer comment se fait l'acte sexuel? Pour eux, l'éducation sexuelle doit s'adresser uniquement aux gens mariés. Ils refusent également le recours à l'audiovisuel. « Pour nous, société arabo-musulmane, c'est choquant de transmettre tout ça (sexualité) par l'intermédiaire des mass-médias... on ne peut pas en parler clairement... sauf dans le prêche du Vendredi ».

A l'opposé, les soignants modernistes préconisent, à travers une attitude permissive, de dissocier le sexuel du religieux. Pour eux, le caractère légal de l'activité sexuelle est très secondaire, car la satisfaction d'un désir naturel est naturelle et légitime. Par conséquent, « on ne peut pas dire aux garçons et aux filles de s'abstenir. On leur demande seulement d'utiliser le préservatif.... ». Il est temps de cesser de jouer à cache-cache avec les MST : «il faut détruire les barrières du tabou... il faut parler des

⁴⁴ Selmaoui Sabah and Al. : "Sexuality education: analysis of Moroccan teachers' and future teachers' conceptions", *US-China Education Review*, vol.7, N 8, 2010.

⁴⁵ Salah-Edine Khzami, Abdelaziz Razouki, Boujemaa Agorram, Sabah Selmaoui & Dominique Berger : « Les valeurs transmises par les manuels scolaires marocains et par les enseignants à travers l'éducation à la santé et à la sexualité », op. cit. p. 7.

MST et des préservatifs à la télé et à la radio ». Il faut passer des émissions télévisées sur les MST aux heures de grande écoute, des sketchs télévisés de façon continue. Plus loin encore, ils estiment que l'éducation sexuelle doit commencer le plus tôt possible et doit cibler filles et garçons. Et arriver à parler de la sexualité en arabe dialectal sans être obscène. C'est là un élément important d'une éducation sexuelle qui a pour objectif de naturaliser le sexe. Naturaliser, c'est rendre naturel dans la langue maternelle (arabe ou berbère).

II-3 La réponse de la société civile

Deux réponses sont exposées ici, celle de l'Association Marocaine de Planification Familiale et celle de la Rabita Mohammadia des Oulémas.

II-3-1 La réponse de l'AMPF (en 1998)

La stratégie 2000 de l'Association Marocaine de Planification Familiale⁴⁶ se fonde sur une critique des ministères de la Santé Publique, de la Jeunesse et des Sports, des Affaires Sociales. Selon l'AMPF, ces ministères ne s'occupent pas sérieusement de la santé reproductive et sexuelle des jeunes. En conséquence, l'AMPF défend le droit à la santé reproductive et sexuelle de chaque individu. Son action vise à rendre les femmes autonomes, à éduquer les jeunes, à rendre l'homme conscient de ses responsabilités. « L'AMPF est une des seules organisations à aborder le problème de la santé sexuelle chez les adolescents. Des comités de jeunes ont été formés et ils transmettent leur savoir à travers les associations des jeunes et dans les centres nationaux de jeunesse »⁴⁷. L'AMPF dispose de 20 cliniques à travers le royaume : IEC, counseling, consultations médicales concernant PF, distribution de pilules, préservatifs et pose de stérilets. Elle dispose d'une unité de production en matière de télévision qui a produit deux télé-feuilletons, Aziza et Aïnek mizanek. Pour cette stratégie 2000, la question de la jeunesse et de la sexualité est l'une des priorités de l'AMPF. Pour que la jeunesse ne recoure pas à l'avortement risqué et clandestin et ne contracte pas des MST, il est nécessaire de promouvoir une politique qui défend le droit des jeunes à l'information et qui établit une IEC en matière de sexualité. « La sexualité des jeunes est souvent conjoncturelle et n'utilise pas les moyens de prévention comme le préservatif »⁴⁸. L'AMPF lutte également contre tous les éléments d'inégalité entre l'homme et la femme afin que la femme puisse décider elle-même de tout ce qui concerne sa santé sexuelle et reproductive.

II-3-2 La réponse de la Rabita Mohammadia des Oulémas (en 2010)

En partenariat avec UNFPA et ONUSIDA, la Rabita Mohammadia des Oulémas (RMO) a adopté le programme du « alem-relais » (savant en sciences islamiques-relais, hommes et femmes). Ce sont des Oulémas à former pour participer à la sensibilisation et à la prévention des citoyens. A cet effet, la RMO a réalisé deux publications en arabe, toutes deux en décembre 2010. La première a pour titre « Module de formation des Oulémas-relais pour l'intégration de la santé reproductive, le genre, les droits de la femme et la lutte contre le risque du VIH-SIDA dans le discours religieux ». La deuxième est intitulée « Manuel des Oulémas-relais pour l'intégration de la santé reproductive, le genre, les droits humains et la lutte contre le risque VIH-SIDA dans le discours religieux ». Dans son introduction, il est dit que les oulémas-relais sont formés par les oulémas de la RMO. Ces derniers, hommes et femmes, ont été choisis en fonction de leur capacité à prodiguer cette formation dans les matières en question. Dans le manuel de formation, un chapitre est consacré aux IST et un autre à la santé reproductive. Dans le cadre de ce dernier, une fiche est consacrée à l'éducation sexuelle. Dans la définition de celle-ci, le manuel insiste sur le contenu biologique de l'ES et sur la nécessité de la lier aux « normes de la communauté, à ses valeurs morales et à son contexte culturel ». Le manuel énumère ensuite les questions que se posent les adolescents sans leur donner de réponses. Il invite à détruire certaines fausses croyances chez les jeunes parmi lesquelles : l'abstinence sexuelle conduit au dysfonctionnement de l'appareil sexuel, le sport conduit à la perte de la virginité, les rapports anaux ne causent pas de MST, les rapports sexuels sans pénétration ne conduisent pas à la grossesse, l'usage du préservatif amoindrit le plaisir. En un mot, c'est

⁴⁶ Membre de International Planned Parenthood Federation.

⁴⁷ Rapport d'analyse du programme d'élaboration de la stratégie, AMPF, p. 32.

⁴⁸ Le cadre théorique de la stratégie 2000, AMPF, numéro spécial (à l'occasion du 25^{ème} anniversaire de la constitution de l'AMPF), p. 11. En arabe

une défense de l'abstinence et de la virginité, une critique de la sexualité anale et de la sexualité sans pénétration. Le seul point qui s'intègre dans le paradigme de l'ES, c'est la promotion du préservatif en le présentant comme non contraire au plaisir.

II-4 La réponse des jeunes

Dans l'étude «Jeunesse, Sida et islam au Maroc » (A.Dialmy), la question de l'éducation sexuelle a permis de constater que le silence intrafamilial sur la sexualité est en train de s'ouvrir. Quelques rares jeunes filles appartenant à un milieu social aisé et instruit ont déclaré avoir été informées sur le SIDA par les parents. Les frères aînés commencent également à jouer un rôle d'initiateur des cadets.

Autre résultat : c'est la discussion avec les copains de classe qui constitue une source importante dans l'information. « La première fois que j'ai entendu parler de sida, c'était au lycée... par les élèves », admettent beaucoup de collégiens et de lycéens. Mais l'information par les pairs est souvent déformante, mélangeant par exemple cause et mode de transmission du VIH.

De nombreux enquêtés reconnaissent n'avoir rien lu à ce sujet. Ceux qui citent expressément livres et revues pornographiques sur la sexualité, ce sont surtout les garçons. Ceux-ci citent souvent Hayatouna al Jinsya (Notre vie sexuelle), L'homme et la sexualité de N. Essaadaoui, et Freud. Dans le rang des jeunes filles, rares sont celles qui reconnaissent avoir lu des livres sur la sexualité. Du coup, l'écran (télévision/cinéma) devient le principal canal de réception de la culture sexuelle internationale par le jeune marocain. A cette époque, l'internet n'était pas encore répandu parmi les jeunes.

Le résultat le plus important à signaler concerne la dimension érotique dans l'éducation sexuelle. Là, les jeunes reconnaissent acquérir une éducation érotique en visionnant des films pornographiques (parabole/chaînes étrangères). Ces films constituent pour eux un outil pédagogique. Grâce à eux, les garçons affirment qu'ils apprennent à embrasser, à faire l'amour, à changer les positions sexuelles. Ils y découvrent également la sexualité orale. Les jeunes qui défendent ces films se plaignent qu'au Maroc personne ne leur parle de l'érotisme. Ces films viennent naturellement répondre à un besoin et combler une lacune importante dans leur éducation. Par conséquent, l'intérêt suscité par ces films ne peut être compris comme la manifestation d'un voyeurisme pervers, ou comme l'indice d'un recul du sens moral et religieux. De plus, le rôle de l'écran dans l'information sexuelle des jeunes ne se réduit pas à la transmission d'un savoir érotique. Toute l'information relative aux MST-SIDA vient également par le biais de l'écran.

Selon l'enquête CAP 2007 (du Ministère de la Santé), 25% de jeunes seulement ont été couverts par une prestation d'éducation sensibilisation en matière de IST-VIH/SIDA durant les 12 derniers mois et ce quel que soit le sexe des enquêtés. La couverture des jeunes n'est que de 17 % au niveau du milieu rural. L'impact des émissions télé est le plus important auprès des jeunes. Leurs informations proviennent majoritairement de cette source. Ce canal actuellement sous utilisé pour informer les jeunes mérite d'être fonctionnalisé dans l'éducation à large échelle des jeunes. Les autres sources d'information comme les réunions, les pièces de théâtres ou les dépliants ne touchent qu'une partie réduite des jeunes.

III- ANALYSES

Ces analyses portent sur 3 points : les études sexuelles, la transition sexuelle, l'amputation de l'éducation sexuelle.

III-1 Critique des études sexuelles

Les données présentées ci-dessus de manière résumée et synthétique conduisent à un premier constat : la rareté des études qui traitent de la sexualité et de l'éducation sexuelle des jeunes Marocains. Cette rareté vient du fait que les rares études sexuelles révèlent que la sexualité marocaine transgresse les lois et les interdits socioreligieux et qu'elle est loin de se conformer au standard islamique d'une hétérosexualité conjugale. Cela signifie que les pouvoirs publics sont, soit implicitement complices de la dés-institutionnalisation de la sexualité (sexualité érotico-amoureuse, travail sexuel), soit incapables d'appliquer la loi et de faire respecter les normes islamiques en la matière. Les deux hypothèses sont exploitées dans la critique islamiste des pouvoirs publics. Ceux-ci sont accusés de fermer les yeux, voire d'encourager la déviance et le chaos sexuel. Pour cette raison, les pouvoirs publics n'entreprennent une étude sexuelle qu'à travers le prisme de la lutte contre les IST-VIH et la prostitution. Les institutions ne

s'intéressent à la sexualité des jeunes que dans la mesure où elle menace la santé publique, c'est-à-dire pour voir comment éviter l'augmentation des cas IST/VIH, des grossesses involontaires (et des avortements clandestins et risqués qui en découlent). En d'autres termes, les études sexuelles institutionnelles ne s'intéressent pas à la sexualité des jeunes en tant que telle, à leur érotisme, à leur plaisir. Comme on l'a vu, ce sont les études universitaires qui se posent la question de la sexualité des jeunes en termes de libération et d'épanouissement.

Autre constat, les travaux sur la sexualité des jeunes, et de la sexualité en général, sont incomparables entre eux. Leur dépouillement ne permet pas d'établir des indicateurs sûrs et de tracer l'évolution de la sexualité des jeunes de manière rigoureuse.

Seule l'enquête à indicateurs multiples (Ministère de la santé/UNICEF) a travaillé sur un échantillon national représentatif, mais elle n'a pas abordé la question des pratiques et des comportements sexuels. Elle s'est contentée d'interroger les jeunes sur leurs connaissances et attitudes. A l'opposé, l'enquête CAP Jeunes 2007 a abordé la question des comportements sexuels des jeunes, mais elle n'a travaillé que sur 5 régions. Autrement dit, ses résultats ne sont pas généralisables et on ne peut pas, scientifiquement, les présenter comme des indicateurs de la sexualité des jeunes (comme le fait la mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH/Sida en 2012). Dans le rapport de cette enquête CAP Jeunes 2007, les pourcentages ne sont pas analysés, leur logique n'est pas identifiée, ce qui conduit à se demander si les pourcentages sont le reflet de la réalité ou uniquement des artefacts produits par l'enquête elle-même.

Tous les travaux qui ont abordé les comportements et les pratiques sexuels des jeunes n'ont pas travaillé sur un échantillon représentatif. C'est là une grande lacune à combler au sein d'une politique de recherche adéquate, soucieuse de la sexualité des jeunes. Etudes et enquêtes ont travaillé sur des tranches d'âge différentes, sur des régions différentes, sur des échantillons de taille différente, avec des techniques différentes (soit quantitatives, soit qualitatives, soit les deux). De plus, la réalisation des études institutionnelles (commanditées) sont souvent confiées à des consultants dont la spécialisation ne s'est pas faite dans le champ de la sexualité ou dans l'approche genre. Pour résumer, il faut signaler l'inexistence d'une étude longitudinale qui suit régulièrement l'évolution de la sexualité des jeunes. A titre d'exemple, quelques informations sur les principales études et enquêtes sur la sexualité utilisées dans ce papier :

La première étude qui porte sur la sexualité au Maroc a été réalisée par A. Dialmy dans le cadre d'un doctorat de 3ème cycle en sociologie soutenu en 1980 à l'université Mohammed V de Rabat. Elle s'intitule « Sexualité et société au Maroc : étude théorique et empirique ». Elle fut publiée sous le titre « Femme et sexualité au Maroc » en 1985 (Casablanca, Editions Maghrébines, en arabe). La collecte des données de terrain de cette étude fut réalisée à Casablanca en 1976 et a porté sur 250 jeunes âgés de 16 à 35 ans constitués principalement de lycéens, d'étudiants et de cadres. Ce choix se justifie par la question centrale de l'étude : dans quelle mesure l'instruction libère-t-elle des représentations et des pratiques traditionnelles de la sexualité dans un pays musulman ?

Dix ans après, en 1986, Soumayya Naamane Guessous réalise une enquête à Casablanca sur la sexualité des femmes dans le cadre de sa thèse de 3ème cycle soutenue à l'université de Picardie à Amiens. L'étude travaille sur un échantillon de 200 femmes.

En 1995, A. Dialmy réalise une étude grâce à une bourse de recherche Middle East research Competition (MERC/Fondation Ford) en 1994 intitulée « Logement, sexualité et islam ». La question centrale de l'étude est la suivante : dans quelle mesure la frustration sexuelle due à l'espace (ville/logement) joue-t-elle un rôle dans l'émergence de la personnalité intégriste ? Pour étayer cette question/hypothèse, 815 personnes ont été interrogées à Fès. 89,5 % des enquêtés ont moins de 35 ans tandis que 53,4 % parmi eux sont nés en ville.

L'étude d'A. Dialmy « Jeunesse, Sida et islam au Maroc »⁴⁹ réalisée en 1996-97, l'a été grâce à une bourse de recherche MEAward du Population Council en 1996. La question centrale de cette étude est la suivante : y a-t-il relation entre le risque VIH et le comportement sexuel des jeunes au Maroc ? En d'autres termes, le risque VIH induit-il un changement du comportement sexuel chez les jeunes Marocains ? L'étude a porté sur la tranche d'âge qui va du début de la puberté (12-13 ans) jusqu'à 35 ans.

⁴⁹ Publiée en 2000 à Casablanca chez EDDIF.

La réalisation de l'enquête a commencé en Octobre 1996 et s'est terminée en Février 1997. L'enquête se basa sur deux techniques fondamentales, le focus group (5) et l'entretien semi-directif (162 entretiens). En 1997, le ministère de la santé réalise une étude sur « La prise en charge éducative des patients MST dans la santé publique ». Qualitative (par focus group), l'étude fut réalisée par A. Dialmy dans 3 sites : Essaouira, Khénifra et Tanger. Elle recueillit, entre autres, les représentations des soignants autour de l'éducation sexuelle.

En 1997, le CERED confia à A. Dialmy le soin de réaliser une étude documentaire sur l'éducation sexuelle ("Les politiques d'éducation sexuelle" dans Santé de reproduction au Maroc: facteurs démographiques et socioculturels, CERED, 1998).

L'étude « Besoins et représentations de la santé sexuelle chez les jeunes dans la Wilaya de Marrakech » est réalisée par le ministère de la Jeunesse et des Sports en 2002. Elle a organisé 10 focus group âgés de 14 à 25 ans (43 filles et 64 garçons).

En 2006, le ministère de la santé réalise l'enquête à indicateurs multiples. Cette étude a concilié entre l'Enquête Nationale sur les Jeunes qui s'inscrit dans le cadre du traité d'entente avec la Ligue des Etats Arabes en tant que composante et prolongement de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (EPSF 2003- 2004), et l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS3) conçue et mise en œuvre par l'UNICEF. L'échantillon de 8094 ménages est représentatif au niveau national. Parmi les 8094 ménages sélectionnés, 7931 ménages ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98%. A l'intérieur des 7931 ménages enquêtés, 6512 jeunes célibataires âgés de 15 à 24 ans ont été identifiés comme étant éligibles pour l'enquête « Jeunes » et pour 5207 d'entre eux, les interviews ont été menées avec succès, soit un taux de réponse de 80%. A signaler que les jeunes qui sont mariés n'ont pas été inclus dans l'échantillon.

En 2007, le ministère de la santé, en coopération avec la GTZ, réalise l'enquête CAP Jeunes. L'enquête a touché les cinq régions où le plus grand nombre des cas de sida a été enregistré. Il s'agit des régions du Grand Casablanca, Marrakech-Tensift-Al Haouz, Sous-Massa-Draa, Tanger-Tétouan et Meknès-Tafilalet. Dans les trois premières régions qui concentrent 30 % de la population, près de 50 % des cas de sida y sont enregistrés. L'enquête cible les jeunes de 15 à 24 ans, stratifiés en deux tranches d'âges : 1) 15 – 19 ans et 2) 20 – 24 ans. L'échantillon est représentatif de chaque région. Deux milles (2000) jeunes furent enquêtés en totalité : 1000 de chaque sexe, 929 individus en milieu rural et 1071 en milieu urbain.

L'étude du quotidien « L'Economiste » a été réalisée en 2011. Elle a touché 1100 jeunes des deux sexes âgés entre 15-29 ans dans sept villes principales et leurs périphéries rurales. Les villes touchées sont : Agadir Casa, Fès, Marrakech, Oujda, Rabat et Tanger.

III-2 La transition sexuelle

Les études ci-dessus exposées montrent les grandes tendances de la sexualité des jeunes Marocains : cette sexualité est préconjugale, précoce, palliative, multipartenaire, à risques. Les risques sont corrélés à sa précocité, à ses lieux et occurrences, à ses conditions socio-économiques, aux choix du partenaire, aux caractéristiques personnelles, à l'usage aléatoire du préservatif, au goût du risque. En effet, les divers résultats indiquent que garçons et jeune filles entament leur vie sexuelle assez tôt et sans y être préparés, et que la culture sexuelle des adolescents se fait par la pornographie (chaînes TV numériques et sites internet gratuits). Cette lacune dans l'éducation des jeunes les pousse à avoir des relations sexuelles précoces, à recourir à la prostitution ou à l'exercer, à accepter des relations sexuelles occasionnelles non fondées sur l'amour, à avoir des relations sexuelles bricolées, à avoir plusieurs partenaires sexuels de manière simultanée. Certains même croient que sodomiser sans préservatif n'est pas dangereux, et que c'est le fait d'être sodomisé qui est dangereux et risqué. Cette sexualité, pathologique en elle-même, est aggravée par le fait qu'elle n'est pas non plus protégée ni du risque IST/VIH ni du risque des grossesses involontaires. La virginité, actuellement définie comme préservation de l'hymen, est une protection illusoire. La sexualité palliative sur laquelle débouche la préservation de l'hymen comporte les mêmes risques. Sans être déflorée, la jeune fille risque de tomber enceinte et d'attraper une IST. La résistance au préservatif est en soi un comportement à risque, un comportement à analyser et à traiter. L'enjeu est de dépasser cette attitude sociale qui fait du préservatif un instrument vulgaire à utiliser dans une relation vulgaire pour se prémunir d'une maladie vulgaire. Cette image sociale négative du préservatif empêche de le voir comme l'indicateur d'une morale sexuelle nouvelle,

civile (qui accepte la sexualité non hétéro-maritale) et civique (celle d'un citoyen responsable qui se protège et protège les autres). En estimant que la sexualité préconjugale est immorale et qu'elle n'est pas un droit (humain), le jeune marocain ne pense pas devoir être moral lorsqu'il l'exerce. Il ne s'interdit pas d'être multipartenaire (parce que non marié), il ne s'interdit pas tout rapport sexuel lors d'une IST, il ne s'oblige pas à utiliser un préservatif pour ne pas contaminer l'autre. Dans certains cas, l'épouse est contaminée parce que l'époux ne conçoit pas d'utiliser un préservatif dans la relation conjugale.

Malgré l'impossibilité de comparer entre les études sexuelles ci-dessus de manière rigoureuse et celle de tracer une évolution chiffrée, on peut conclure que l'attitude favorable à l'égard de la sexualité préconjugale est en régression. Celle-ci est probablement l'indice de l'échec du développement, et l'expression du retour en force de valeurs religieuses antisexuelles, posées comme identitaires. A ce propos, il est permis d'affirmer que dans les années 1970, les pratiques sexuelles accusaient un retard par rapport à une attitude favorable à la sexualité préconjugale. Par contre à partir des années 1990, ce sont les attitudes qui n'arrivent plus à suivre la libéralisation des comportements sexuels. Ceux-ci, tout en étant « avancés », ne sont pas vécus de manière assumée et heureuse. Une mauvaise conscience sexuelle est là, taxant l'explosion sexuelle des jeunes de déviance, de chaos (fitna), voire de retour à la période préislamique (jahiliya). En un mot, normes et pratiques sexuelles ne sont pas concordantes : elles n'évoluent pas au même rythme, pire, elles évoluent à des rythmes contradictoires, à des rythmes qui vont dans des sens opposés.

Comment expliquer cet état des lieux de la sexualité des jeunes ?

III-2-1 La politique sexuelle publique informelle

La sexualité des jeunes marocains d'aujourd'hui est le résultat d'une politique sexuelle publique informelle⁵⁰, et qui ne dit pas son nom. Cette politique sexuelle informelle transparaît comme :

- politique économique (à combattre) : il y a une marchandisation du sexe à travers la prostitution. Pour les jeunes, le travail sexuel constitue une réponse (informelle) au chômage. Pour les pouvoirs publics, c'est un moteur de la consommation et du tourisme.

- politique sanitaire (à officialiser) : elle réside dans la libéralisation pratique de la contraception, de l'interruption volontaire de la grossesse. La réfection de l'hymen doit y être combattue dans le secteur privé de la santé car elle fonde le mariage sur un mensonge. Et à partir des services reproductifs fournis aux jeunes dans le secteur public, revendiquer le droit à la sexualité et à l'éducation sexuelle.

- politique judiciaire (à homogénéiser) : elle est paradoxale dans la mesure où elle oscille entre une loi répressive (inspirées du droit musulman) à l'égard de la sexualité préconjugale et un laxisme judiciaire de « laisser passer laisser coïter ». La grande fréquence du « délit » de débauche (tel que défini par l'article 490 dans le code pénal) ne permet pas aux pouvoirs publics de les incriminer tous. Seule la partie visible de l'iceberg est pénalisée. Ce laxisme « involontaire » exprime parfois la complicité des pouvoirs publics, complicité qui renvoie soit à des considérations économiques, soit à un respect tacite et silencieux des droits fondamentaux de l'individu.

Cette explication par la politique sexuelle publique informelle débouche sur la nécessité d'une théorisation.

III-2-2 Théories de « rang moyen »

A ce sujet, il existe des théories dites « intermédiaires » ou de « rang moyen » non générales. D'après la théorie de la désorganisation sociale⁵¹, la scolarisation et l'urbanisation affaiblissent les structures traditionnelles par un relâchement du contrôle des adultes (parents) sur les jeunes. Cet affaiblissement s'exprime par et dans la transgression des normes sexuelles traditionnelles. Celles-ci apparaissent comme désuètes et ne suscitent plus l'intérêt des jeunes. Par conséquent, les jeunes adoptent de nouveaux comportements sexuels, permissifs, avec des pratiques nouvelles (sexualité orale et anale entre autres). De son côté, la théorie de l'adaptation rationnelle⁵² saisit la nouvelle sexualité des jeunes,

⁵⁰ A. Dialmy : Sexualité et politique, UNFPA, Rabat, 2000.

⁵¹ Cherlin A. and Nancy R., July 1986. Adolescent Fertility: An Emerging Issue in Sub Saharan Africa Population Health and Nutrition Department, Washington D.C: World Bank.

⁵² Ibid.

non pas comme l'expression d'une désorganisation sociale et d'un relâchement du lien intergénérationnel, mais comme des actes réfléchis et motivés par un besoin social (le sexe au service du projet de mariage), par un intérêt économique (travail sexuel) ou par un désir d'intégration dans la communauté des jeunes (imitation des autres, être à la mode, la curiosité, l'amour du partenaire, la coercition). Avoir une activité sexuelle est ici l'expression d'une adaptation intégrative⁵³. Une troisième théorie, celle du capital social⁵⁴ estime que les jeunes appartenant aux ménages défavorisés sont plus portés à avoir une activité sexuelle préconjugale et précoce. Plus le capital d'un ménage est bas, plus ses enfants auront une sexualité précoce et préconjugale. Enfin la théorie institutionnelle suppose que les programmes et les services en faveur des jeunes impactent le calendrier et l'intensité de l'activité sexuelle des jeunes dans le sens de la hausse⁵⁵.

Ces quatre théories ont été élaborées pour rendre compte de la sexualité des jeunes en Afrique subsaharienne. Il faut par conséquent se demander dans quelle mesure elles sont applicables à la jeunesse marocaine.

III-2-3 La théorie de la transition sexuelle

Au Maroc, une seule théorie sexuelle a été élaborée, celle de la transition sexuelle⁵⁶, par A. Dialmy. C'est une théorie qui se veut générale et qui explique l'évolution sociale de la sexualité humaine. Elle distingue entre trois phases. Dans la première phase, les normes sexuelles et les pratiques sexuelles sont toutes religieuses. Là il y a adéquation entre les normes et les pratiques. Dans ce cadre, la sexualité se réduisait, dans ses grandes lignes, au mariage hétérosexuel institutionnalisé. Dans la deuxième étape, l'activité sexuelle déborde le cadre du mariage pour s'exprimer au nom de valeurs non religieuses. Là, les normes sexuelles restent religieuses tandis que les pratiques se sécularisent. C'est alors ce que Dialmy théorise dans le concept d'explosion sexuelle : le cadre du mariage est débordé, les relations sexuelles se produisent dans des cadres non institués, non sacrés, non reconnus. Enfin la troisième étape se caractérise par le fait que les normes sexuelles et les pratiques sexuelles sont sécularisées dans l'espace public. Là il y a un retour à l'adéquation entre normes et pratiques sexuelles.

La sexualité marocaine, celle des jeunes en particulier, est en transition : elle est dans la deuxième étape, dans la transition. En effet, la majorité des jeunes marocains continue de prendre la norme sexuelle islamique du mariage hétérosexuel comme référence tout en ayant des comportements et des pratiques sexuelles qui transgressent cette norme. La sécularisation de la sexualité touche uniquement les pratiques sexuelles. C'est une semi-sécularisation, inconsciente d'elle-même. D'où le hiatus entre le discours et la pratique, d'où le sentiment de culpabilité, d'où l'hypocrisie, d'où l'incapacité de faire des pratiques sexuelles des pratiques libres, assumées, et par conséquent protégées, sans risque.

III-3 Une éducation sexuelle amputée

L'éducation sexuelle dans son acception compréhensive et totale, le seul qui peut en faire une mesure préventive efficace, n'est pas un choix clair chez les décideurs marocains. Ceux-ci l'instrumentent en la réduisant à sa dimension fonctionnelle la plus pragmatique, à savoir la prévention des IST-VIH. C'est ce qui compte le plus pour les pouvoirs publics car la personne vivant avec le VIH sera à la fois une menace et une charge pour la santé publique. La quasi-totalité de l'éducation sexuelle est axée sur la prévention des IST-VIH. Quant à la prévention des grossesses involontaires, elle vient loin parce que la fille qui tombe enceinte avant le mariage essaiera de trouver des solutions individuelles. De plus, elle ne menace pas la santé publique.

La dimension éthique de l'ES, fondamentale et fondatrice, celle qui reconnaît le droit à la sexualité comme droit humain basique, est totalement méconnue. Par conséquent, les pouvoirs publics sont

⁵³ Rwenge M. (1999), *Changement social, structures familiales et fécondité en Afrique subsaharienne : le cas du Cameroun*. Les cahiers de l'IFORD, n° 26, Yaoundé.

⁵⁴ Coleman, J. S. (1988). *Social Capital in the Creation of Human Capital*. *The American Journal of Sociology* 94, S95-S120

⁵⁵ Rwenge M. (1999), *op. cit.*

⁵⁶ A. Dialmy : « La bataille sexuelle ou la volonté de sécularisation », *Al Ahdath al Maghribiya*, n° 2907, 19 janvier 2007 (en arabe) et *Sociologie de la sexualité arabe*, Beyrouth, Dar Attalia, 2009 (en arabe).

amenés à dispenser des services de santé sexuelle et reproductive sans que les demandeurs en aient le droit. Il nous semble que l'éducation sexuelle instrumentale et pragmatique, en ne conduisant pas les jeunes à choisir et à assumer leur sexualité, ne peut pas réussir. Amputée, elle est perçue comme un avertissement, faisant de la sexualité une menace, un délit, quelque chose de négatif. Le message préventif qui est adressé aux jeunes n'est pas un message qui intègre le plaisir. Il ne le reconnaît même pas. Toute éducation sexuelle qui n'est pas totale est vouée à l'échec.

C'est à partir de ce paradigme nouveau qu'il faut commencer par constituer une équipe pluridisciplinaire pour élaborer un guide à l'intention des éducateurs sexuels. Ce guide doit respecter les principes suivants:

- l'adoption franche de la notion d'éducation sexuelle,
- la reconnaissance de l'éducation sexuelle comme un droit sexuel humain des jeunes, à garantir par les pouvoirs publics ;
- le refus de toute sorte de discrimination entre les acteurs sexuels (refus du sexisme et de l'homophobie) ;
- l'intégration de la dimension érotique du plaisir, comme droit humain, et comme notion positivant la prévention en réduisant l'impact négatif de la notion de risque.

CONCLUSION : POUR UNE POLITIQUE SEXUELLE PUBLIQUE

L'inexistence d'une politique sexuelle publique peut être observée à travers l'absence des deux questions suivantes : quelle sexualité voulons-nous au Maroc ? Que veut-on faire de la sexualité ? A ces deux questions non posées, aucune réponse. Si l'absence d'une politique sexuelle publique est compréhensible dans la logique des partis politiques conservateurs qui se contentent de gérer un champ sexuel chaotique, elle ne l'est pas pour des partis politiques qui se réclament de la pensée sexuelle libérale et/ou socialiste. Ces partis restent silencieux sur la question sexuelle et ne l'intègrent pas dans leurs programmes et agendas. Pire, ils reproduisent le discours islamique dominant qui érige le mariage hétérosexuel en norme. Et même si la constitution marocaine érige les droits humains comme référence suprême, aux côtés de l'islam, aucune force politique ne revendique de réformer le champ sexuel à partir de la perspective humaniste. Libéraux et socialistes marocains ne proposent pas un discours sexuel alternatif qui reprend à son compte les pratiques sexuelles effectives afin de les légaliser, les encadrer et les orienter vers des objectifs d'une société sexuellement saine, la seule susceptible de donner naissance à un citoyen sexuellement sain. La citoyenneté sexuelle est l'enjeu d'une bataille qui commence, et qui est imposée par la praxis sexuelle des jeunes. Au lieu de voir dans la sexualité des jeunes le signe d'un chaos, il faut y avoir au contraire le signe d'une libération, certes sauvage aujourd'hui, donc à reconnaître, à organiser et à protéger.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

R. Leveau: "Islam et contrôle politique au Maroc", dans *Islam et politique au Maghreb*, Paris, CNRS-CRESM, 1981. p. 280.

A. Dialmy : « Sexualité et Société au Maroc », Thèse de 3^{ème} cycle, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Rabat, Juillet 1980, publiée sous le titre « Femme et sexualité au Maroc », Editions Maghrébines, Casablanca 1985 (en arabe).

Abdelwahab Bouhdiba : « La société maghrébine face à la question sexuelle », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Nouvelle série, vol. 76, Le sexuel (Janvier-Juin 1984).

Cherlin A. and Nancy R., July 1986. Adolescent Fertility: An Emerging Issue in Sub Saharan Africa Population Health and Nutrition Department, Washington D.C: World Bank.

S. Noumane-Guessous : *Au delà de toute pudeur*, Soden, Mohamédia, 1987.

Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *The American Journal of Sociology* 94, S95-S120.

A. Dialmy: "Le sexe comme obstacle épistémologique", dans *La question sociologique*, Casablanca, Afrique-Orient, 1989 (en arabe).

A. Dialmy : *Logement, sexualité et islam, et Jeunesse, Sida et islam*, Casablanca, EDDIF, 1995.

M. Fettouhi, A. Aït Lkhiari et al : Le rayonnement de l'école sur son environnement (en arabe), Ministère de l'Education Nationale, Direction Générale des Questions Educatives, 1996.

A. Dialmy et L. Manhart : *Les maladies sexuellement transmissibles au Maroc : construction sociale et comportements thérapeutiques*, Ministère de la Santé Publique / Université de Washington, Rabat, Imprimerie de Temara, 1997.

A.Dialmy : *La prise en charge des porteurs MST dans la santé publique au Maroc*, Ministère de la Santé Publique / Union Européenne, 1997.

A. Dialmy : *Jeunesse, Sida et islam au Maroc*, Population Council, MEAward, 1997.

A. Dialmy : "Les politiques d'éducation sexuelle" dans *Santé de reproduction au Maroc: facteurs démographiques et socioculturels*, CERED, 1998

AMPF Rapport d'analyse du programme d'élaboration de la stratégie, 1998.

AMPF Le cadre théorique de la stratégie 2000, AMPF, numéro spécial (à l'occasion du 25^{ème} anniversaire de la constitution de l'AMPF), 1998. En arabe

Rwenge M. (1999), Changement social, structures familiales et fécondité en Afrique subsaharienne : le cas du Cameroun. *Les cahiers de l'IFORD*, n° 26, Yaoundé.

A.Dialmy : *Sexualité et politique* au Maroc, UNFPA, Rabat, 2000.

Ministère de la Jeunesse et des Sports/FNUAP : Besoins et représentations de la santé sexuelle chez les jeunes dans la Wilaya de Marrakech, 2002.

Julia Beamish et Lina Tazi Abderrazik : *Adolescent and Youth Reproductive Health in Morocco*, UN, Policy Project, 2003.

Enquête sur la Population et la Santé Familiale : Rabat, Morocco: Ministry of Health; Calverton, MD: ORC Macro; and Pan Arab Project for Family Health, 2005.

CERED : *L'adolescence en question. Analyse des résultats de l'enquête sur les adolescents en milieu semi-urbain et rural de Marrakech*. Rabat: Ministère de la Prévision Economique et du Plan, 2005.

Enquête sur la sexualité des Marocains, Centre psychiatrique Ibn Rochd, Casablanca, 2005.

Jocelyn DeJong, Bonnie Shepard, Farzaneh Roudi-Fahimi, and Lori Ashford : "Young People's Sexual and Reproductive Health in The Middle East And North Africa", PRB, 2007.

Ministère de la Santé/UNICEF/UNFPA : Enquête Nationale à Indicateurs Multiples et Santé des Jeune 2006-2007.

A. Dialmy : « La bataille sexuelle ou la volonté de sécularisation », *Al Ahdath al Maghribya*, n° 2907, 19 janvier 2007 (en arabe)

Ministère de la Santé/GTZ : Enquête « connaissances, attitudes et pratiques des jeunes concernant les IST et le sida 2007.

A. Dialmy : *Sociologie de la sexualité arabe*, Beyrouth, Dar Attalia, 2009 (en arabe).

A. Dialmy : *Critique de la masculinité au Maroc*, Rabat, Editions Warzazi, 2010.

Evaluation des espaces santé jeunes, Ministère de la Santé, 2010.

Selmaoui Sabah and Al. : "Sexuality education: analysis of Moroccan teachers' and future teachers' conceptions", *US-China Education Review*, vol.7, N 8, 2010.

Salah-Edine Khzami, Abdelaziz Razouki, Boujemaa Agorram, Sabah Selmaoui & Dominique Berger : Les valeurs transmises par les manuels scolaires marocains et par les enseignants à travers l'éducation à la santé et à la sexualité », Biennale Internationale, Communication n°126- Atelier 8 : Transmission et genre, 2010.

R. Benjelloun, I. Kendili, A. khoubila, N. kadiri : *Internet, sexualité et violences sexuelles*, Centre psychiatrique Ibn Rochd, Casablanca, 2010.

A. Dialmy : *Education sexuelle pour jeunes musulmans*, Rabat/La Haye, Editions Filad, 2011.

Mouna Kadiri : *Enquête sur les jeunes: leurs tabous, leurs colères, leurs espoirs*, L'Economiste et Sunergia, 2011.

Ministère de la Santé, 2011 : Stratégie Nationale de la Santé de la Reproduction 2011-2020.

« Situation épidémiologique et tendance du VIH/sida au Maroc », Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies du Ministère de la Santé/Programme national de lutte contre les IST/sida mai 2011.

Royaume du Maroc : Mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH/Sida, Rapport national 2012

2ème session – Jeunes et comportements à risque au Maghreb

Discussions et échanges

M. Ould Abatt : Le chiffre de 220 000 mères célibataires a été cité. Nous parlons donc de femmes sans mari mais pas des veuves, ce qui explique la conclusion de promouvoir l'utilisation du préservatif et d'impliquer l'éducation religieuse pour cela. Il y a un aspect théorique dans la santé de la reproduction : il existe des goulets quand on parle de sexualité, qui causent un problème fondamental dû à des règles religieuses. Si seulement l'utilisation du préservatif était autorisée, pensez-vous que ce soit la bonne conduite à adopter en termes d'impact de prévalence VIH/Sida ou faut-il aller plus loin pour réduire cette prévalence ?

Au niveau des psychotropes, il faut inclure l'aspect juridique relatif à la vente de ces produits pour contribuer à réduire la problématique. Il est également nécessaire de mettre en place des centres psychiatriques pour traiter les personnes dépendantes, à travers une stratégie nationale ou régionale qui prenne en compte la prévention dans les centres médicaux pour le traitement psychiatrique.

L'utilisation excessive d'internet crée des problèmes sociaux (abandon de la famille, de la maison), même si nos sociétés ne sont pas encore trop exposées à cette problématique.

Dr. Mounira Garbouj, Directrice de la médecine Scolaire et Universitaire, Ministère de la Santé (Tunisie) : On constate la complexité croissante de proposer des solutions par rapport aux années précédentes, il n'est pas évident de mettre en place des stratégies face à la complexité des problèmes auxquels nous faisons face aujourd'hui. Il faut donner à la recherche une place fondamentale pour créer les conditions efficaces pour lutter contre les problématiques du moment et faire face à la difficulté de monter des protocoles pédagogiques. En conclusion, je dirai qu'il faut prendre notre temps pour essayer de proposer des choses valables tout en profitant de nos différentes expériences, car le temps presse et nous voulons proposer des solutions. Il est fondamental de partager nos expériences car le contexte est différent de l'autre côté de la Méditerranée et il faut trouver nous-mêmes des solutions.

Mme Ouassila Salemi, Enseignante-Chercheuse, Sociologue Anthropologie et Éducation à la santé (Algérie) : Au sein de l'Unité de recherche en sciences sociales et santé de l'Université d'Oran, nous avons beaucoup travaillé sur la sexualité et les pratiques sexuelles des jeunes. Plusieurs études sur le Maghreb ont été publiées. Nous travaillons davantage sur le qualitatif mais c'est une approche complémentaire au quantitatif. Je vous invite à lire nos publications.

Dr. Maria Sabir, Professeur Assistant de Psychiatrie à l'Hôpital Psychiatrique Universitaire Arrazi de Salé (Maroc) : Concernant l'état législatif des psychotropes et l'efficacité du contrôle et de la répression, toutes les études ont montré que quelque soit le contrôle et la répression, cela n'empêche pas la circulation des drogues sur le marché noir. Donc il ne faut pas traiter cette question par la répression, mais établir un état des lieux, étendre la prévention et traiter quand il s'agit d'une addiction avérée. Par rapport aux centres d'addictologie et leur promotion, le Ministère de la Santé soutient la promotion de ces centres et plusieurs ont été inaugurés par sa Majesté ou sont en construction. L'addiction à internet et aux jeux vidéo est une addiction comportementale de plus en plus présente chez les jeunes, avec des conséquences plus néfastes que les addictions aux substances Il faut les traiter.

Pr. Abdessamad Dialmy, Sociologue, expert de la sexualité des jeunes maghrébins : Nous ne pouvons pas réduire la prévention aux seuls préservatifs et c'est pour cela que les pouvoirs publics prônent l'abstinence et la fidélité. Mais soyons réalistes. L'abstinence demandée aux jeunes, est-elle réaliste ? Peut-on demander aux jeunes l'abstinence durant 17 ans ? Le mariage précoce n'est plus réaliste non plus. Il reste le préservatif mais pas seulement, le préservatif enrobé d'une éducation sexuelle totale. Les études montrent que plus on dispense des cours d'éducation sexuelle, plus la sexualité est retardée. Quand un jeune connaît les dangers du sexe, il retarde son activité, il est davantage responsable et s'adonne à une activité protégée.

La plupart de mes études sont qualitatives mais j'ai aussi fait du quantitatif. Lorsqu'un chercheur ou un laboratoire fait une étude quantitative, elle doit être faite sur un échantillon représentatif pour avoir de

la valeur et être significative, et seules les institutions peuvent faire ce travail. L'utilisation du qualitatif permet d'identifier les tendances, les opinions, les motivations, il faut ensuite mesurer le quantitatif à partir d'échantillons représentatifs d'un pays dans sa totalité pour élaborer des politiques publiques qui répondent réellement au problème posé dans toute sa dimension.

Dr. Nadia Cheradi, Expertise violence (Algérie) : Donnons beaucoup d'amour aux jeunes et adolescents pour éviter ces comportements à risque.

Dr. Aziza Bennani, Programme National de Lutte contre le Sida, Ministère de la Santé (Maroc) : Je remercie les intervenants, beaucoup de choses ont été dites. Nous essayons de faire de notre mieux en menant des études qualitatives et quantitatives, mais nous sommes obligés de se plier aux moyens dont nous disposons. Faire des études réellement représentatives de la population générale est très coûteux et demande beaucoup de temps, nous essayons donc de nous baser sur des modèles scientifiques reconnus pour tenter d'avoir une représentativité.

J'étais au Programme National de Lutte contre le Sida lorsque M. Dialmy a présenté les résultats de son étude en 1998 et beaucoup de choses ont été faites depuis. Nous sommes fiers au Maroc d'avoir fait un grand pas, notamment à travers l'implication des leaders religieux dans la prévention contre le VIH et la santé de la reproduction. Nous avons même dépassé dans le monde arabe, l'Église qui interdit certaines choses. Nous pouvons avancer, il faut être optimiste. Le traitement du VIH est également reconnu comme moyen de prévention. Nous le refusions auparavant, de peur de transmettre le virus résistant. Maintenant, plus le traitement est précoce, plus il est efficace et reconnu comme moyen de prévention. Même pour les couples discordants, quand la personne n'est pas encore éligible au traitement, du moment qu'elle est positive et a un conjoint négatif, nous traitons systématiquement pour éviter toute contamination. On parle d'objectif 0 car les thérapeutiques ont montré leurs vraies facultés.

Pr. Abdessamad Dialmy, Sociologue, expert de la sexualité des jeunes maghrébins : Le problème qui se pose est l'évolution, on en revient donc au quantitatif. Pour avoir une évaluation exacte de l'évolution des comportements sexuels entre 1998 et 2011, il faudrait avoir des études comparables. Mais en l'absence d'études quantitatives comparables, nous ne pouvons pas dire qu'il y ait évolution ou diminution. Les enquêtes menées (2002 à Marrakech, 2005 à Casablanca, 2006 au niveau national, 2007 dans 5 régions du sud, 2011 dans 7 villes) ne sont pas comparables donc nous ne pouvons pas tracer d'évolution chiffrée et précise.

En effet, on constate une évolution au niveau du religieux. Ils commencent à être impliqués, ils acceptent l'utilisation du préservatif et je les salue.

Expériences - 1

Quel rôle pour la religion dans la promotion de la santé des jeunes ?

Pr. Mohamed BELEKBIR

Directeur du Centre des Études et Recherches sur les Valeurs

Rabita Mohammadia des Oulémas - Maroc

INTRODUCTION

La santé des jeunes fait face de multiples causes de vulnérabilité, en particulier celles liées aux comportements sexuels à risques les exposant au risque d'infection par le VIH-SIDA.

Les Oulémas de l'islam ont apporté plusieurs contributions au domaine de la sexologie (علم الباه).

« علم الباه في رجوع الشيخ إلى صباه »

L'islam a reconnu le sexe comme pulsion à satisfaire et interdit le monachisme (célibat ecclésiastique en vue de chercher la chasteté). L'islam considère le sexe comme une pondération psychologique.

وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ

« Et parmi Ses signes Il a créé de vous, pour vous, des époux (ses) pour que vous viviez en tranquillité avec ils (elles) et Il a mis entre vous de l'affection et de la bonté. Il y a en cela des preuves pour des gens qui réfléchissent. »

Le sexe est géré et organisé en islam selon des règles psycho socioculturelles et sanitaires. Il n'y pas de pas de répression de sexe en islam.

La Rabita Mohammadia des Oulémas a développé deux projets en matière de l'éducation sexuelle :

- Intégration de la Santé de Reproduction, Genre, Droits Humains, Lutte contre les Violences Fondées sur le Genre (VFG) et le VIH/Sida dans le discours religieux (avec l'appui du FNUAP et ONUSIDA);
- Institutionnalisation d'un site des Eps (avec l'appui du FM)

1. Intégration de la Santé de Reproduction, Genre, Droits Humains, Lutte contre les VFG et VIH/Sida dans le discours religieux

Ce premier projet a permis l'élaboration d'un module de formation et d'un guide méthodologique pour l'animation de séances d'éducation et de sensibilisation par les Oulémas Relais.

Composantes thématiques du module de formation :

- Introduction générale
- Section 1: Données scientifiques sur la santé de reproduction, genre, droits des femmes et prévention du VIH/Sida:
 - Thème 1: La santé de reproduction
 - Thème 2 : Rappel sur le VIH/Sida et sur les conséquences de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des personnes infectées et affectées
 - Thème 3: Le genre
 - Thème 4: Les violences fondées sur le genre (VFG)
 - Thème 5 : Les Droits Humains (femmes et filles) en prenant en compte la sensibilité culturelle.
- Exemples : Activités à réaliser par les Oulémas.

Module de formation des Oulémas Relais



- **Section 2: Approches méthodologiques pour l'intégration de la Santé de Reproduction, Genre, Droits Humains, Lutte contre les VFG et VIH/Sida dans le discours religieux :**
 - Thème 1: Compétences à développer chez les Oulémas pour la formation des Oulémas Relais
 - Thème 2: Communication
 - Thème 3: Techniques d'animation

Composantes du guide :

- **Introduction méthodologique pour animer des séances d'éducation et de sensibilisation par les Oulémas Relais**
- **Fiches techniques (qui s'appuient sur les versets coraniques, les hadiths et la jurisprudence des Oulémas :**
 - Habiletés de vie
 - Éducation sexuelle et santé reproductive
 - Approche genre
 - Approche Droits Humains
 - Prévention du VIH/Sida
 - Prévention des VFG

Guide pratique des Oulémas Relais



2- Institutionnalisation d'un site des Eps

Images

Mode de vie sain

Texte en arabe

Jeunes et société

Texte en arabe

Habiletés de vie

Texte en arabe

Citoyenneté

Texte en arabe

Prévention des drogues

Texte en arabe

Santé de reproduction et éducation sexuelle

Texte en arabe

Infographiste

Texte en arabe

Expériences – 2

Réseau de l'éducation des jeunes par les pairs

Y-PEER *Youth Peer Education Network*

Wissem Khlaifia

Le Réseau de l'éducation des jeunes par les pairs ou *Youth Peer Education Network* (Y-PEER) est une initiative révolutionnaire et globale prise par les jeunes pour les jeunes et mise au point par le Fonds des Nations Unis pour la Population (UNFPA). Y-PEER est un réseau constitué par plus de 500 organisations à but non lucratif et institutions gouvernementales, ses membres comprennent des jeunes travaillant dans les différents domaines qui touchent aux droits sexuels et reproductifs des jeunes.

I - OÙ ?

Le réseau, qui ne cesse de s'étendre, se compose de jeunes d'Europe centrale et de l'est, d'Asie centrale, du Moyen-Orient, d'Afrique du nord et Afrique de l'est et du Brésil.



II - COMMENT FONCTIONNE Y-PEER?

Y-PEER se base sur des réunions et sur la communication électronique à travers un site web interactif et des mailing-lists nationales et internationales. Le réseau offre également des cours à distance, sponsorise annuellement des formations aux niveaux national et international, des campagnes, des ateliers et des visioconférences et développe des outils relatifs à l'éducation par les pairs.

Parmi la batterie d'outils élaborée par Y-PEER figurent :

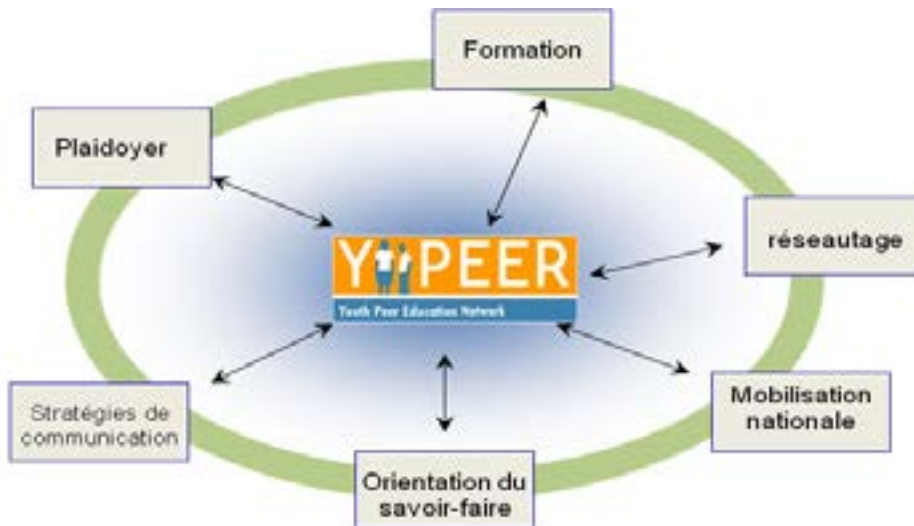
1. *The Training of Trainers Manual*
2. *Standards for Peer Education Programmers*
3. *Theatre-Based Techniques for Youth*
4. *Peer Education: A Training Manual*
5. *Performance Improvement: A Tool for Youth*
6. *Peer Education Projects and Managers*
7. *Assessment Tool for Youth Peer Education*
8. *Programs*

Y-PEER utilise un modèle de formation pyramidal qui permet aux jeunes de transmettre les connaissances, les compétences et l'expertise pratique aux autres jeunes qui rejoignent le programme de l'éducation par les pairs. Ce modèle offre également un système pour la formation continue et reconnaît l'engagement et l'excellence des individus.

III - Y-PEER TUNISIE

En Tunisie, le réseau a vu le jour en septembre 2006. Il regroupe actuellement une dizaine d'organisations et institutions ayant pour objectif essentiel le renforcement des capacités des jeunes dans le domaine de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) en mettant en réseau ressources, programmes, formations et leçons apprises.

1 - Domaines d'intervention



2 - Activités

Le programme Y-PEER en Tunisie déploie divers types d'activités, qui concourent de manière variée et complémentaire aux objectifs du réseau :

- ▶ **Formation** en organisant des ateliers réguliers de formation des relais,
- ▶ Organisation de **sessions de sensibilisation** en partenariat avec l'Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le SIDA (ATL MST/SIDA), Associa-Med et le Réseau Associatif National Contre le SIDA (RANCS),
- ▶ Production et dissémination **de supports et de brochures** de sensibilisation,
- ▶ **Mobilisation** du public jeune autour du thème VIH/SIDA,
- ▶ **Représentation** de la Tunisie lors de manifestations internationales,
- ▶ Le réseau Y-Peer est également représenté au sein du Panel National Consultatif des Jeunes (Youth Advisory Panel - YAP)-UNFPA.

3 - Seulement SSR et VIH/SIDA ?

Les jeunes tunisiens vivent une dynamique importante de changement d'intérêts surtout après la révolution. Dans ce contexte la SSR et le VIH/SIDA ne sont plus des thématiques prioritaires pour les jeunes, le réseau Y-PEER a alors décidé d'élargir les thématiques abordées à la violence, la toxicomanie, les Droits Humains et la citoyenneté, mais en gardant toujours la SSR et la lutte contre le VIH/SIDA comme thématiques principales.

Affiche de la campagne des 16 jours d'activisme contre la Violence :

Expériences - 3

QUELLE PLACE POUR LES MÉDIAS SOCIAUX DANS LA PROMOTION DE LA SANTÉ DES JEUNES ?

Association de Lutte Contre le SIDA (ALCS) Marrakech, Maroc

Zakaria Bathout

I - DONNÉES SUR LE SIDA

1 - Le SIDA et les jeunes

5 million de jeunes entre 15 et 24 ans vivent avec le VIH dans le monde :

- 3 700 000 en Afrique Sub-saharienne
- 590 000 en Asie et dans le Pacifique
- 250 000 en Europe centrale et Asie centrale
- 180 000 en Amérique Latine et Caraïbes
- 170 000 en Europe de l'ouest, Europe centrale et Amérique du nord
- 78 000 en Afrique du nord et Moyen Orient

64% de ces jeunes sont des femmes et chaque jour, 3000 jeunes sont infectés par le virus. La prévention est premier moyen de lutte contre le VIH/SIDA, or seulement 24% des femmes et 36 % des hommes connaissent les mécanismes de transmission et savent comment s'en prémunir.

2 - Le SIDA au Maroc

Au Maroc, 6 826 personnes vivant avec le VIH sont déclarées depuis 1986. On estime à 29 000 le nombre de personnes séropositives au VIH, soit 0,1% de la population qui serait atteinte. Or certains groupes sont particulièrement touchés et présentent des taux plus importants, c'est le cas des usagers de drogue dans région de Nador dont le taux de prévalence atteint 22% et des professionnelles du sexe dans la région Sous-Massa-Drâa dont la prévalence est de 5%. Plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH sont âgés entre 15 et 34 ans (51%). 67% des nouvelles infections sont constatées chez les populations les plus exposées et leurs partenaires.

II - RÉSEAUX SOCIAUX

1 - Pourquoi utiliser les medias sociaux pour promouvoir la santé des jeunes ?

Les réseaux sociaux ont révolutionné internet. On peut définir la communication via les médias sociaux comme « le fait de communiquer en utilisant tous les moyens proposés par internet pour initier un dialogue, échanger, partager, écouter, entrer en relation... ». Les grands gagnants sont les blogs, Facebook, Twitter, You tube, Dailymotion, Flickr.

Tout le monde est sur les réseaux sociaux. Facebook compte 901 millions d'utilisateurs, Twitter 222 millions, Google+ 170 millions, LinkedIn 150 millions et Pinterest 11,7 millions. Le Moyen Orient et l'Afrique du Nord sont parmi les régions ayant eu le plus de nouveaux utilisateurs de Facebook en 2011. Sur Twitter, l'arabe est la langue dont l'utilisation connaît la plus forte croissance. Entre 2010 et 2012, on constate que le nombre d'utilisateurs Facebook dans le monde arabe est passé de 14,7 millions en avril 2010 à 43,1 millions en avril 2012.

Pour s’y retrouver, il faut distinguer les plateformes de conversations qui permettent la localisation, la publication, le partage et le jeu, des plateformes d’interaction pour les achats et les rencontres. Pour illustrer l’ampleur du phénomène, notons que Facebook compte 250 millions de photos téléchargées chaque jour, 20% de toutes les pages vues sur le web sont sur Facebook, 425 millions sont des utilisateurs sur leur mobile et 2,7 milliards de bouton « j’aime » sont cliqués chaque jour.

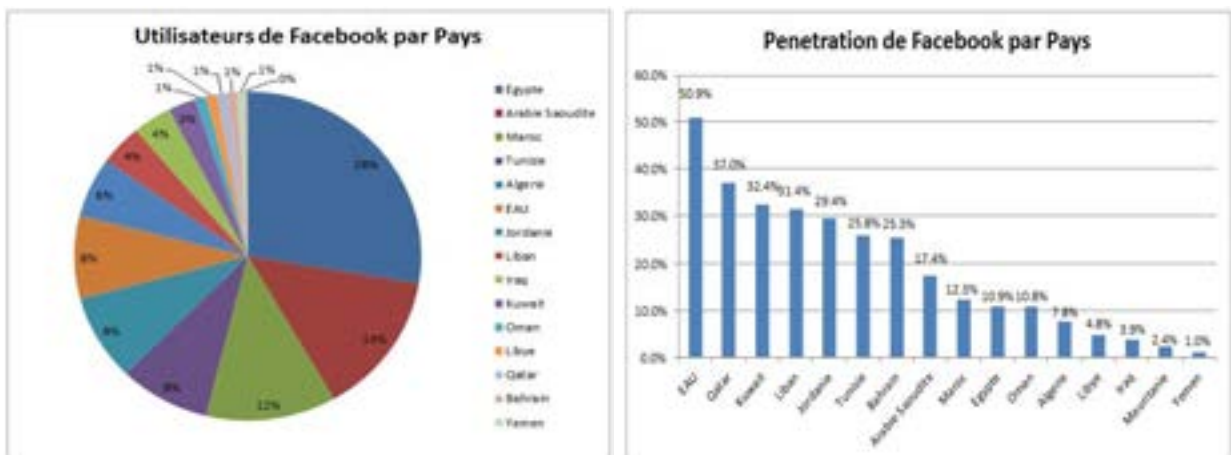
2 - 10 chiffres clés sur Facebook en 2012

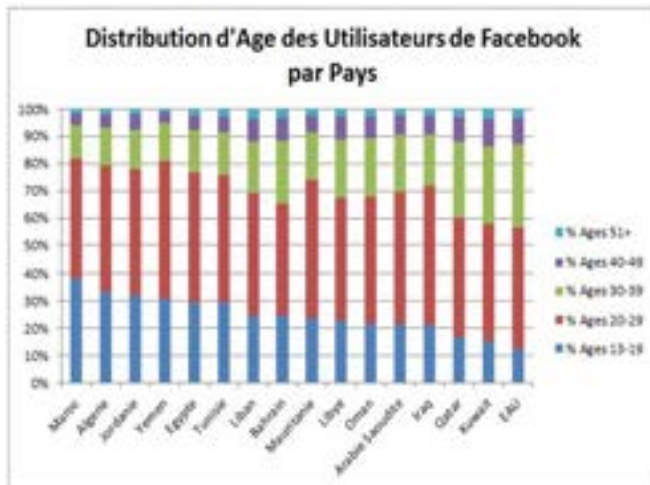
1. En moyenne, chaque utilisateur a **130 amis**,
2. Plus de **25 milliards de contenus** (liens, news, articles de blogs, notes, photos, etc.) sont postés chaque mois,
3. Plus de **300 000 utilisateurs** ont aidé pour la traduction du site, à travers les applications fournies par Facebook,
4. Plus de **150 millions de personnes interagissent avec Facebook depuis un site externe**, chaque mois,
5. **Deux tiers des 100 plus gros sites américains** et la moitié des 100 premiers sites mondiaux ont intégré Facebook,
6. Plus de **100 millions de personnes sont actuellement actifs sur Facebook depuis leur mobile**,
7. Ceux qui utilisent Facebook depuis leur mobile sont deux fois plus actifs que les autres,
8. En moyenne, **chaque utilisateur est lié à 60 pages**, groupes ou événements,
9. Les utilisateurs passent plus de **500 milliards de minutes chaque mois**, sur Facebook,
10. Il y a plus d’un million d’entrepreneurs et développeurs sur Facebook.

3 - Facebook à travers les pays du Moyen-Orient et d’Afrique du nord

Les données dont nous disposons sur l’utilisation de Facebook dans les pays du Moyen-Orient et de l’Afrique du nord nous offre des constats intéressants. Il y a 32 millions d’utilisateurs Facebook à travers la région, soit 12% de la population qui utilise Facebook. L’Égypte a le plus grand nombre d’utilisateurs à travers le Moyen-Orient et l’Afrique du nord avec 8,9 millions d’utilisateurs. Les Émirats Arabes Unis ont la plus forte pénétration de Facebook parmi sa population dans la région avec 50,9%. Dans la plupart des pays de la région, les utilisateurs de Facebook se répartissent entre 2/3 d’hommes et 1/3 de femmes. Cette proportion connaît des variations, par exemple le Liban compte 44,4% de femmes parmi les utilisateurs de Facebook, soit la plus forte proportion de femmes utilisatrices de la région. Les personnes d’une vingtaine d’années composent 45,6% de la base d’utilisateur et c’est au Maroc que le ratio d’adolescents parmi ses utilisateurs est le plus élevé avec une part de 37,6%.

Source : www.arabsocialmediareport.com





4 - Profils des utilisateurs des médias sociaux au Maroc

D'après l'étude réalisée par le Centre d'Études Sociales, Économiques et Managériales de l'Institut des Hautes Études Management (CESEM-HEM), publiée en septembre 2012.

Dans le contexte d'une année 2011 marquée par le printemps arabe, l'équipe du CESEM, menée par Driss Ksikes et Adib Bensalem, a apporté des éléments de réflexion aux décideurs économiques, sociaux et politiques, communicants et aux utilisateurs eux-mêmes, en sondant les comportements des marocains sur les réseaux sociaux.

Parmi les résultats de l'étude, 5 profils d'acteurs de l'influence sur les réseaux sociaux se sont dégagés :

- Les **Idea Starters (les initiateurs)** (5% de la population sur le web) débute des conversations
- Les **Amplifiers (les mobilisateurs)**, (5 à 10%) diffusent et partagent l'information
- Les **Curators (les affectifs)** (20%) trient l'information
- Les **Communicateurs** (20%) ajoutent de l'information à l'information
- Les **Viewers (les observateurs)** (40%) observent l'information de façon passive

Les médias sociaux ont comme avantage(s) de pouvoir atteindre un grand nombre de personnes, en particulier chez les populations jeunes. C'est pourquoi ils constituent un moyen considérable de diffusion de la promotion de la santé des jeunes.

III - QUELQUES EXPÉRIENCES INNOVANTES

- **Association AnisS de lutte contre les IST/SIDA et de promotion de la santé**

Créée en 2003, l'association est basée à Annaba avec des antennes relais dans toute l'Algérie et des services à destination des personnes séropositives, notamment d'information, de formation, de médiation, de conseil juridique, de plaidoyer et d'autonomisation. Elle cible en particulier les populations les plus vulnérables.

- **SIDA Blogging Day**

Le 15 janvier 2011, un jour de « **Sidabloggingday** » a été organisé sur Facebook, Twitter et par des blogs. Il s'agissait d'une campagne électronique nationale avec comme objectif de lutter contre la stigmatisation. Les objectifs spécifiques étaient d'inciter les bloggeurs à témoigner de leur expérience personnelle. Il s'agissait également de répondre aux questions posées.

Plus de 4650 participants ont été comptabilisés, 29 retombées dans la presse écrite et également de nombreux passages en radio ainsi que des œuvres d'art liées à la campagne ont été réalisées. Les avantages de cette campagne étaient notamment son coût financier limité, la mobilisation obtenue, large et rapide, la visibilité et l'impact médiatique. Un obstacle a été la difficulté de mesurer de l'impact réel du SidaBloggingDay sur la stigmatisation chez les jeunes, ce qui n'a toutefois pas empêché par reproduction de l'évènement en décembre 2012.

- **Prévention en ligne Bila7araj : Une plateforme SMS et un portail web pour améliorer la connaissance des jeunes en matière de santé reproductive et sexuelle**

Pour répondre aux questions des jeunes et adolescents marocains sur la sexualité, la contraception ou les infections sexuellement transmissibles, l'**Association de Lutte Contre le SIDA (ALCS)** et la Fondation internationale One World UK ont lancé le site **Bila7araje.org**. Les internautes peuvent se connecter sur cette plateforme et poser leurs questions, un spécialiste leur répond alors directement par email.

- **CrowdOutAIDS ÉGYPTE**

L'initiative CrowdOutAIDS promeut la connexion entre les mouvements jeunes et le VIH avec comme objectifs :

- l'accès à l'information, la participation des jeunes, le networking et la recherche de financements,
- que les jeunes aient accès à l'information et à la prévention,
- que les jeunes soient présents dans la lutte contre le VIH à l'échelle nationale, régionale et internationale,
- que les compétences des jeunes soient renforcées dans la réponse au VIH,
- que la communication entre des acteurs clés comme ONUSIDA, les associations de jeunes et d'autres acteurs soient renforcée, que l'ONUSIDA développe son travail à destination des jeunes,
- que les moyens financiers à destination des jeunes soient plus importants.

Priorités thématiques de CrowdOutAIDS :

- lutte contre les tabous autour de la sexualité notamment en milieu scolaire,
- lutte contre les discriminations auxquelles sont confrontées les personnes vivant avec le VIH,
- lutte contre les mythes entourant l'épidémie,
- lutte contre les barrières sociales et légales qui constituent des freins à l'accès à l'information, à la prévention et aux soins.

Résultats : CrowdOutAIDS est parvenu à toucher 25 millions de personnes sur Twitter. Le site a été visité 46 000 fois, 3500 participants ont pris part à un forum de discussion en ligne, et 1600 hors ligne et 300 organisations de jeunes ont été identifiées.

IV - RECOMMANDATIONS À L'USAGE DES ACTEURS DE PROMOTION DE LA SANTÉ DES JEUNES

L'atelier Médias sociaux, activisme et VIH/SIDA dans la région MENA (Moyen-Orient et Afrique du Nord), tenu du 18 au 20 juin 2012 à Marrakech, en partenariat avec l'École supérieure des arts visuels (ESAV) dans le cadre du projet Université et SIDA en Afrique du Nord financé par la Fondation Ford (Bureau du Caire) a réuni 45 activistes des droits humains, des mouvements féministes, étudiants en arts visuels, associations de lutte contre le SIDA et experts des médias sociaux d'Algérie, Tunisie, Maroc, Mauritanie, Égypte, Émirats Arabes Unis et France. Les travaux de l'atelier ont abouti à la formulation des recommandations suivantes (extraits) :

Volet 1 - Optimiser l'utilisation technique des réseaux sociaux :

- Toucher le plus grand nombre de personnes
- Renforcer les collaborations entre bloggeurs, activistes de la lutte contre le SIDA, et même plus largement avec les activistes d'autres causes

- Développer des partenariats avec des écoles des métiers de la communication afin de sensibiliser les étudiants à nos causes et d'améliorer la qualité technique de notre communication
- Identifier comment les réseaux sociaux peuvent être complémentaires d'autres médias
- Optimiser et planifier la stratégie de communication/alimentation de son site web et de ses comptes réseaux sociaux

Volet 2: Améliorer la production de contenus :

« *Le plus important, ce ne sont pas les médias sociaux, c'est ce que vous en faites* ». **J. Toutain**

- Bien définir sa cible lorsqu'on conçoit un projet de communication
- Faire preuve d'éthique dans ses publications, s'assurer de la crédibilité de ses sources
- Développer des partenariats avec les chercheurs, universités
- Utiliser les réseaux sociaux pour produire de la donnée
- Analyser les statistiques disponibles sur la fréquentation de son site internet ou de ses comptes réseaux sociaux
- Développer des stratégies afin d'améliorer le lancement de contenus sur les réseaux sociaux

Volet 3: Articuler la mobilisation online et offline :

- Utiliser les réseaux sociaux pour appeler les gens à effectuer des actions concrètes
- Mieux cibler les populations clés
- Toucher les décideurs en les interpellant sur les réseaux sociaux et en encourageant la transparence
- Rassembler les efforts des différentes initiatives de la société civile
- Dépasser les frontières entre les pays pour partager son expérience et développer des formes de mobilisation commune
- Mener des actions de plaidoyer on line, pour sensibiliser, et appeler à l'action sur le terrain

Teaser vidéo de l'atelier : <http://goviralagainsthiv.tumblr.com/post/26760862751/teaser-video-report-of-goinf-viral-against-hv>

Rapport vidéos de l'atelier

Partie 1: <http://youtu.be/yq22bfGGGu8>

Partie 2: <http://youtu.be/TZc97BtBaD4>

V - SIDACTION MAROC 2012 : UN AUTRE MOYEN DE SENSIBILISER LES JEUNES

L'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS) a organisé, sous le Haut Patronage de Sa Majesté Le Roi Mohammed VI, la quatrième édition de la campagne « Sidaction Maroc » du 6 au 31 décembre 2012.

Pour cette année, la campagne a été axée sur les jeunes. En effet, selon les dernières données épidémiologiques disponibles (juin 2012), **51%** des porteurs du VIH au Maroc ont entre **15 et 34 ans**. Non informés, nos jeunes, qui constituent 30% de la population, sont les plus menacés par le VIH/SIDA. Aujourd'hui, on estime que 29 000 marocain(e)s vivent avec le VIH en ignorant pour la majorité leur séropositivité. Il est donc urgent de renforcer la lutte contre l'épidémie.

Expériences - 4

CrowdOutAIDS

La voix des jeunes dans la réponse au Sida

Zahra Benyahia

AIDS Algérie

I - CrowdOutAIDS

L'initiative CrowdOutAIDS est née de plusieurs constats ayant imposé l'idée d'agir pour la lutte contre le SIDA chez les jeunes. Le premier de ces constats est l'ignorance et les idées préconçues répandues chez les jeunes à ce sujet : 24% pour les filles et 36% pour les garçons dans les pays à moyen et faible revenu. L'augmentation des nouvelles infections au VIH parmi les jeunes, à raison de plus de 3000 nouveaux cas par jour, et l'émergence d'une nouvelle génération de jeunes vivant avec le VIH et avec des besoins spécifiques aggrave ce constat⁵⁷. D'où le souci exprimé par les États membres lors de la Rencontre de haut niveau sur l'accès à l'éducation en matière de VIH/SIDA, les programmes de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) et la déclaration politique d'engagement de 2011 ainsi que les nouveaux objectifs fixés à l'horizon 2015. L'importance de renforcer le leadership des jeunes à toutes les phases ; réflexion, conception et mise en œuvre des politiques et des programmes, s'impose comme levier de l'action dans le domaine.

Le CrowdOutAIDS s'inscrit dans la nouvelle politique de projets pour les jeunes initiée par le secrétariat de l'ONUSIDA, première dans son genre dans l'histoire du Système des Nations Unies. Employant les médias sociaux et l'externalisation ouverte (Crowdsourcing), l'initiative vise à permettre aux jeunes, partout dans le monde, de développer une série de recommandations à adresser au secrétariat de l'ONUSIDA pour travailler efficacement avec les jeunes dans la réponse au SIDA. L'espoir étant, qu'à travers cette stratégie, des dialogues similaires pour l'engagement des jeunes favoriseront l'implication des autres partenaires et sponsors.



II – CrowOutAIDS : Comment ça s'est passé?

L'initiative a débuté par une large promotion en ligne via les réseaux sociaux (Facebook, Twitter) et l'envoi de courriels au sujet du projet avec l'appui des bureaux pays de l'ONUSIDA, ce qui a permis la connexion des activistes, des ONG thématiques, ONG et réseaux de jeunes. Ainsi 10 ONG (au Maroc, Algérie, Tunisie, Égypte, Arabie Saoudite, Jordanie, Syrie, Iran, Yémen, Soudan) et un réseau de jeunes (Y-PEER, Youth Peer Education Network) dans la région MENA ont été enregistrés. Ont ensuite été mises en place des séances d'information en ligne et hors ligne pour inciter les pairs à diffuser le message.

⁵⁷ Securing the future today: synthesis of strategic information on HIV and young people. Geneva, UNAIDS 2011

Des débats et discussions sur les pages Facebook ont eu lieu entre des représentants des pays de la région MENA et de l'Afrique francophone. Durant six semaines, les jeunes ont apporté leurs idées sur les différents sujets portant sur les services de SSR, le VIH, les droits, le leadership et la participation des jeunes. De nombreux pays se sont inscrits sur la carte pour accueillir des forums hors ligne, donnant ainsi la parole aux populations clés et vulnérables pour exprimer leurs préoccupations en matière de lutte contre le SIDA. Un seul rapport de la sous région a été soumis.

En raison de problèmes de langue et d'accès à internet, certains pays de la région ont pris l'initiative d'organiser des forums plus ouverts où les participants ont eu la chance de s'exprimer dans leurs langues maternelles. Des points focaux ont été identifiés et ont pris soin de soumettre les réponses au nom du groupe sur la plate-forme en ligne.

Neuf jeunes à travers le monde ont été sélectionnés suite au lancement d'un appel. Le groupe a été chargé de la lecture et de l'épuration des données des pages Facebook et des forums, de faciliter les communications dans la phase des questions-réponses, des traductions, et enfin d'élaborer la stratégie sur un document ouvert au public directement en ligne. La stratégie a été finalisée après une séance de 48 heures d'inputs.

Le CrowdOutAIDS a comptabilisé plus de 374 participants en ligne (page MENA), 90 aux forums hors ligne, la production de vidéos et spots, et la publication de blogs :

- ✘ [*Drafting Committee members, Zahra, Tsoarelo and Folake share!*](#)
- ✘ [*What is it like to be an HIV positive person in the Arab world?*](#)
- ✘ [*AIDS response in Algeria: what matters and what to do?*](#)
- ✘ [*I am a young person, I have a role to play!*](#)
- ✘ [*Learning about sex in mosques and churches ?!*](#)

Lors de sa visite en Afrique du nord en 2012, le Directeur exécutif de l'ONUSIDA a rencontré les jeunes de CrowdOutAIDS en Algérie en présence du Ministre de la Santé. Ensemble, ils ont appelé à un partenariat efficient entre le secteur institutionnel, les ONG et les Agences Onusiennes. M. Sidibé a affirmé en Tunisie que « l'investissement sur les jeunes serait un atout sensible à l'atteinte de l'équité sociale et l'avancement de la réponse en Tunisie ». Au Maroc, le Directeur exécutif a rencontré les jeunes de l'ONG OPALS (Organisation Panafricaine de Lutte contre le SIDA) et a mis l'accent sur l'importance de l'éducation sexuelle, la prévention parmi les MARP (*Most At Risk Populations*) et a incité les jeunes à lancer un mouvement similaire pour stopper les nouvelles infections par le VIH.

III - Actions engagées dans la dynamique de la stratégie

L'initiative a vu la mise en œuvre de nombreuses actions contribuant à l'atteinte de ses objectifs. Parmi ces actions nous pouvons citer :

- Les jeunes inscrits parmi les cinq premières priorités dans le plan d'action quinquennal du Secrétariat Général des Nations Unies ;
- Conférence Internationale sur le SIDA: La déclaration des Youthforce, engagement du Directeur exécutif, constitution du groupe restreint pour travailler avec la Princesse de Norvège sur les recommandations de la stratégie ;
- 10 DOA ou 10 Jours d'Activisme sous le thème : « Rien pour nous sans nous » (Maroc, Algérie, Tunisie)
- Émergence de nouveaux réseaux de jeunes en SSR (Réseau des éducateurs pairs au Maroc, Y-PEER en Algérie) et renforcement des réseaux existants (Tunisie) ;
- Engagement des Agences des Nations Unies à renforcer les capacités des jeunes (points focaux jeunes au bureau régional de l'ONUSIDA et au bureau de l'UNFPA Tunisie et Djibouti) ;
- Formation du *Youth Advisory Panel* au Bureau Régional pour les pays Arabes de l'UNFPA ;

- Préparation de l'installation du *Youth Advisory Board* de l'ONUSIDA ;
- Forum des éducateurs pairs au Maroc avec la présence du Ministère de la Jeunesse ;
- Coalisation de la jeunesse arabe pour la Conférence internationale sur la population et le développement ;
- Séries de formations en SSR à l'échelle sous régionale ;
- Appui technique et renforcement des capacités des jeunes activistes par les bureaux de l'ONUSIDA (Algérie) ;
- Relance des forums hors ligne sur la mise en œuvre de la stratégie ;
- 16 jours d'activisme contre la violence à l'égard des femmes en Tunisie en partenariat avec le Ministère de la Femme et de la Famille ;
- Programmes de proximité auprès des MARPs avec l'appui de l'ONUSIDA et du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière en Algérie ;
- Prévention primaire de la transmission du VIH en Algérie.

IV - Leçons apprises

Le bilan des actions menées jusqu'à présent a mis en évidence quelques difficultés auxquelles l'initiative doit faire face. On constate en effet une participation limitée des MARPs et des populations vulnérables aux forums, les effets des problèmes de langues sur les pages, le contexte d'ignorance, les conditions sociales et les tabous, qui ne permettent pas de placer le VIH/SIDA comme préoccupation prioritaire chez les jeunes. La formulation de la stratégie se heurte aussi à la faible connaissance des différentes composantes de l'épidémie parmi les jeunes et à la faible assistance et appui aux jeunes par les différentes parties prenantes.

V. Plaidoyer des jeunes

A travers l'initiative et les réseaux, la voix des jeunes a pu être entendue et relayée. Ainsi les jeunes plaident pour :

- Leur implication dans les processus décisionnels et l'adoption des outils qui répondent à leurs besoins et aspirations ;
- L'ouverture au partenariat avec les jeunes (individus, ONGs, clubs, réseaux, etc.) et renforcement de leurs capacités ;
- Appropriation des recommandations au niveau des pays et alignement avec les Plans Stratégiques Nationaux de lutte contre le SIDA ;
- Accompagnement particulier des jeunes dans l'apprentissage par les agences onusiennes ;
- Meilleure implication des secteurs institutionnels pour optimiser le rôle des jeunes ;
- Amélioration de l'accès à l'information et aux services de SSR.

Des expériences à partager - Parole à la société civile

- **Discussions et échanges**
- **Mauritanie** : Comme nous avons des références religieuses communes, nous devons généraliser les expériences avec les religieux.
- **Tunisie** : On observe une augmentation de l'usage des préservatifs pendant le mois du Ramadan : N'est-ce pas choquant ? Nous profitons du plus grand festival de musique (Maroc) qui a lieu pendant cette période pour sensibiliser les gens.
- **Rabita** : Au Maroc, l'équipe de la Rabita des Oulémas comprend des formateurs internationaux formés par le réseau YPEER avec la Rabita, et nous travaillons avec l'Association Cascade de formateurs sur la formation de formateurs et d'éducateurs pairs. La Rabita est en train d'élaborer un guide de formations des jeunes adapté au Maroc qui prend en compte la culture marocain.

- **Réponses :**
- **Mme Zahra Benyahia, AIDS (Algérie) :** C'est à chaque pays de s'approprier les différentes stratégies, de voir quels axes vont s'appliquer sur les jeunes dans leur pays et de les mettre en œuvre. Citons par exemple, l'expérience de la création d'un réseau de jeunes volontaires en Amérique Latine, qui travaille avec les bureaux d'ONUSIDA et bénéficie d'un renforcement de capacités techniques dans la mise en place de projets et dans le travail de proximité.
- Dans la stratégie, il faut également prendre en compte l'implication du secteur privé, la protection de la mère et de l'enfant ainsi que les droits des personnes vivant avec le VIH. Chacun doit identifier la priorité nationale et la mettre en œuvre.

3e session – L’approche globale de l’éducation pour la santé

METTRE EN ŒUVRE UNE DÉMARCHE D’ÉDUCATION À LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE ?

Dominique Berger - Sandie Bernard

Université Claude Bernard – Lyon 1 - IUFM Lyon, France, Equipe de recherche ACTÉ EA n° 4281

Réseau des Universités pour l’éducation à la santé (UNIRÉS)

Institut National de Prévention et d’Éducation pour la Santé (INPES)

Le thème de l’éducation à la santé s’est traduit au plan international par les injonctions de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la Charte d’Ottawa et la conférence sur la Promotion de la santé en vue du Développement durable tenue à Bangkok en 2006. Injonctions traduites et adaptées au contexte local, elles l’ont notamment été sur la question de la lutte contre les inégalités sociales de santé à travers les différents plans « santé » (nutrition-santé, addictions, etc.) et une multiplicité d’actions très diverses.

La recherche internationale en matière d’éducation à la santé recommande de mettre en œuvre des dispositifs nationaux et textes explicites interministériels, en liant l’éducation à la santé, à la sexualité et à la citoyenneté dans un projet global d’organisation sociale, en privilégiant une logique pluridisciplinaire (éducation et santé, école et hors l’école) tout en intégrant les dimensions culturelles. Elle incite également la formation des cadres, la construction de formations en éducation au niveau master et l’intégration de l’éducation à la santé dans les formations initiales de tous les enseignants. Elle préconise enfin de développer la recherche en éducation sur la promotion de la santé, en particulier sur l’impact des dispositifs et de l’évaluation en développant les réseaux de chercheurs et en lançant des appels à projet.

I - Créer une culture commune : Revenir sur les concepts, de quoi parle-t-on ?

Le concept de **santé** nous renvoie à plusieurs définitions. « Le silence des organes » (Leriche, 1950), un « état de complet bien-être, physique, psychologique et social » pour l’OMS (1986), ou la définition actuelle ; « Être en capacité psychologique et physiologique de prendre du pouvoir sur soi, sur son environnement et en capacité de le faire à titre collectif » (Fuchs, 2002 ; Berger, 2010). La notion d’éducation à la santé et la promotion de la santé a fortement évolué durant un siècle. En 1900, elle s’apparente à une leçon de morale sur l’hygiène prônant l’adoption de comportements sains. Plus tard, en 1942, elle fait référence à une information sur l’hygiène et la santé qui a pour but de semer des idées saines, lutter contre l’ignorance, les idées fausses, les préjugés, pour entrer en 1969, dans le champ d’une action exercée sur les individus les amenant à modifier leur comportement, et en 2002, être défini comme un processus (d’accompagnement) qui confère aux populations les moyens d’assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l’améliorer.

Provenant d’une approche biomédicale, la **prévention** désigne l’ensemble des mesures visant à empêcher l’apparition d’évènements ou permettant de les dépister à un stade précoce. Elle est dite primaire lorsqu’elle vise à éviter l’apparition du phénomène à travers de l’information, secondaire lorsqu’il s’agit d’éviter l’aggravation ou le développement du phénomène, et tertiaire pour prévenir les récurrences, aider les personnes concernées à vivre au mieux de leurs possibilités. La figure ci-dessous schématise le modèle médical de la prévention.

La prévention : un modèle médical

Il importe alors de redéfinir la prévention, dans une approche cette fois-ci éducative et scolaire. Elle se doit alors d'être populationnelle, pour tous, selon une approche par les compétences psychosociales, être thématique et dirigée vers des communautés spécifiques ou susceptibles d'être en risque selon des approches communautaires, et ciblée pour les populations en contact avec le risque. La prévention en éducation trouve sa cohérence dans ces trois composantes, schématisées ci-après.

La prévention en éducation

La **promotion de la santé** prend ainsi le sens d'encourager, de favoriser, de soutenir le développement et de favoriser les conditions de mise en œuvre. Intervenir dans une logique de promotion c'est élaborer une politique, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire en l'associant à la définition des priorités, aux prises de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, cela permettant l'acquisition d'aptitudes individuelles (compétences, information, éducation, etc.) et de repenser l'action des services spécialisés.

L'éducation à la santé est une des composantes de la promotion. En s'opposant au conditionnement, elle vise à aider chaque personne à opérer des choix, adopter des comportements responsables et se préparer à exercer une citoyenneté avec responsabilité en développant les compétences.

II - Les compétences psychosociales

L'OMS définit ainsi les compétences psychosociales : « Elles sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »

Il en existe dix, qui s'associent deux à deux :

- Résoudre des problèmes et prendre des décisions
- Avoir une pensée créative et développer une pensée critique
- Communiquer efficacement et être habile dans les relations interpersonnelles
- Avoir conscience de soi et avoir de l'empathie pour les autres
- Faire face au stress et faire face aux émotions

Alors où se situe la notion de stratégie éducative par rapport à celles de l'éducation, de la prévention et de la protection ? Le tableau suivant nous permet de cerner les écarts entre la prévention et l'éducation pour la santé.

Tableau de comparaison des notions de prévention et d'éducation pour la santé

	Prévention	Éducation pour la santé
Objectif	Changer un comportement pour soustraire à un risque	Changer de statut par l'éducation
Modèle	Médical	Éducatif
Approche	Négative : Soustraire à un risque	Positive: Éduquer
Pour qui ?	Groupes à risques	Toute une population

Rappelons que les disciplines scolaires font référence à la nature des savoirs et se basent sur la logique de l'enseignement et de la didactique alors que les « éducations à... » se fondent sur des savoirs mouvants et abordent des questions vives dans une logique d'apprentissage.

III - Éducation à la santé en milieu scolaire ? Quels intérêts ? Quelles particularités ?

Aborder l'éducation à la santé en milieu scolaire nécessite d'« acclimater » certains concepts au contexte scolaire. Des « Questions Sociales Vives » doivent être transformées en **objet d'éducation** et se centrer sur le sujet à éduquer, sur le sujet social.

Ces caractéristiques en font donc un objet scolaire particulier, peu familier aux enseignants dans la plupart des disciplines, en particulier pour l'enseignant de science. En effet, les savoirs mobilisés appartiennent à la fois aux domaines des sciences humaines et des sciences de la nature et sont complexes car irréductibles à l'un des champs disciplinaires qui les sous-tendent. Ils constituent davantage une problématique, un questionnement fortement ancré dans le champ du social et du sociétal, à travers les questions socialement vives qu'il soulève, abordées dans les débats sociaux, sociétaux et médiatiques.

La professionnalité des enseignants s'en trouve interpellée et ceux-ci écartelés entre la volonté d'enseigner et celle d'éduquer, ce qui rejoint par ailleurs le débat sur l'école.

A ce contexte s'ajoute celui sociétal, d'une défiance vis-à-vis de l'expert, y compris l'expert enseignant. C'est également un contexte, non pas de rejet des sciences, croyance trop souvent colportée, mais de rejet d'une certaine forme de la pratique scientifique, de ses aspects dogmatiques. A ce rejet coïncide

pourtant une forte attente vis-à-vis des de solutions qu'elle pourrait proposer (B. Bensaude-Vincent, 2003). La troisième caractéristique du contexte sociétal est celle d'un repli sur les valeurs démocratiques de bases et d'un besoin d'authenticité (G. Lipovetsky, 2004).

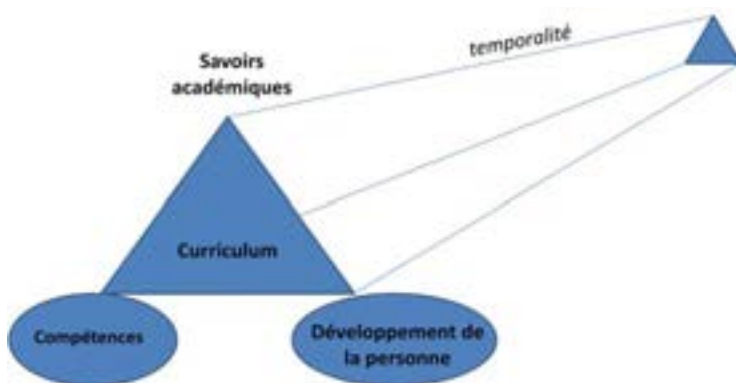
Il s'agit aussi d'une relation renouvelée entre l'enseignant et l'enseigné, dans laquelle l'élève est « *auteur* » de l'éducation post-moderne (J.Arduino) et où sont pris en compte des besoins affectifs, cognitifs, sociaux et des représentations sociales (Pourtois et Desmet, 1997, 2002). Elle doit néanmoins se prémunir des obstacles potentiels qui lui sont propres et qui se retrouvent dans les systèmes de représentations des acteurs par rapport à la santé et par rapport à leur rôle (légitimité, enseigner/éduquer, pratiques sociales de références).

Ainsi l'éducation à la santé a pour but de permettre l'émancipation de l'élève, non pas à travers un conditionnement mais, par l'apprentissage de la liberté basé sur l'autonomie, l'esprit critique et la créativité. La visée de l'éducation à la santé ne peut être la simple transmission de savoirs définitivement acquis, de règles intangibles. Il ne peut s'agir non plus de la transformation finalisée de comportements correspondant à un conditionnement de la personne.



Le choix didactique doit alors porter sur un curriculum conduit par le développement de la personne permettant la construction de **compétences pour vivre**, *life skills* (Gauthier, 2006) ; des savoirs et des compétences intellectuelles mis au service de ce projet.

Conduire un curriculum (Ross, 2000)



Ce choix s'impose face à l'exigence de l'émergence d'une **citoyenneté démocratique** (Audigier, 2002) et se positionne au service de finalités renouvelées : Des **dispositions** (E. Bourdieu, 2008) à faire des choix, à décider et agir (action raisonnée), à s'engager dans la cité, étayées par une **opinion raisonnée** (Lange &

Victor, 2006) permettant de sortir du dilemme savoirs/bonnes pratiques/gestes et de participer au débat citoyen.

Finalités retrouvées

L'approche pluridimensionnelle permet la construction d'une culture commune ou la construction d'une opinion raisonnée relative à un thème donné. Pour cela, la visée éducative doit être claire pour le formateur et explicitée pour le stagiaire. Elle consiste, ici, à faire prendre en considération l'aspect pluridimensionnel des thèmes abordés, de façon à construire une opinion raisonnée par l'élaboration de réseaux sémantiques, en rupture avec la croyance ou la simple opinion. C'est le sujet polyglotte qui est visé ici.

La visée éducative dans le domaine des « éducation à... »

Voyons à travers différents cheminements l'intérêt de cette approche. Du côté du sujet, il est résumé dans le schéma ci-dessous.

Du côté du sujet

Du côté de la formation, il s'agit d'enseigner des contenus mais aussi des compétences. Se pose alors la question des fondements psychologiques de la relation éducative, la question didactique (le rapport au savoir, la posture du « Maître », la logique de l'enseignement à celle des apprentissages) et la question de l'identité professionnelle. L'approche nous réinterroge ainsi sur le fondement de la formation et les finalités du métier d'enseignant : Quelles valeurs porteuses et quel positionnement éthique ? Quel changement dans les pratiques et les conceptions ?

L'approche de l'éducation à la santé du côté de la formation

L'éducation à la santé doit pourtant faire face à un certain nombre d'obstacles potentiels propres au domaine éducatif qui portent sur les systèmes de **représentations-connaissances** (Legardez et Alpe, 2001) existants chez tous les acteurs. Un référentiel de mots clés, inspiré de Theys (1993), a été utilisé pour l'analyse. La typologie retient les catégories suivantes : Une représentation de type « vie pratique » liée aux aspects pratiques de la vie quotidienne, une représentation de type « technicienne » liée au monde médical, une représentation de type « socio politique » liée à la participation des individus à la gestion de la santé et une représentation de type « morale » à la fois éthique et psychologique de la santé.

Ainsi chez les professeurs stagiaires en SVT (Sciences de la Vie et de la Terre), la conception que nous avons qualifiée dans un premier temps de technicienne pourrait être à l'origine d'une posture et donc d'une approche positiviste de ces domaines. Cependant, des recueils actuels montrent, en première analyse, chez les futurs enseignants de SVT une prise de conscience et une acceptation majoritaire de la prise en compte des enjeux sociaux et de citoyenneté de l'enseignement scientifique, à l'exception de quelques réponses négatives par rapport à ce rôle qui relèverait plutôt du ressort de la famille.

Pour les autres enseignants, les programmes sont déjà très lourds en contenus et donc l'éducation à la santé est une charge supplémentaire, ils s'interrogent sur ce qui est fondamental et ce qui reste accessoire. Le manque de temps, de moyens, de formations sont les principales raisons avancées à la non mise en œuvre de l'éducation à la santé à l'école. Ces réponses renvoient aux représentations des enseignants par rapport à leur mission et aux notions de légitimité, enseignement de/éducation à (Gayford, 1993, 2002, Lange 2006) et à la prégnance de LA Forme scolaire (Sadji et Lange 2007).

Les pratiques sociales de référence engendrent des difficultés à se saisir et à intégrer dans les actions d'éducation à la santé les pratiques sociales de populations culturellement très différentes, qu'elles soient africaines, magrébines ou autres (alimentation, activité physique, lecture, le mode de vie, sexualité, etc.). Il s'agit de faire découvrir que la culture occidentale n'est pas l'unique référence.

IV - Ce que nous montre la recherche ! Focus sur le Magrheb

1 – Introduction

Une étude à ce sujet a été menée sur un échantillon diversifié. Elle a porté sur huit pays européens (Portugal, France, Italie, Finlande, Chypre, Estonie, Hongrie et Roumanie) qui diffèrent par leurs caractéristiques : Culture agnostique, catholique, protestante ou orthodoxe. Sept 7 pays extérieurs à l'Europe ont été étudiés, qui sont largement de culture musulmane (Algérie, Tunisie, Maroc, Sénégal) ou pluriconfessionnelle (Liban, Burkina Faso, Brésil).

2 - Méthodologie

Le cadre conceptuel d'analyse retenu comme méthodologie pour l'étude se schématise ainsi :

Cadre conceptuel d'analyse

3 – Résultats

L'analyse des questionnaires (BIOHEAD-CITIZEN) a permis de comptabiliser 6748 réponses reçues depuis 17 pays, réparties comme suit :

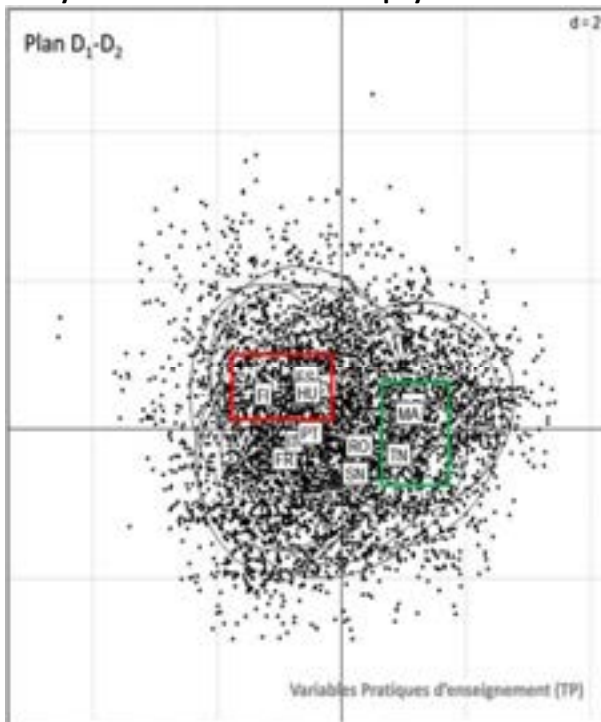
- Europe : Portugal (351), France (732), Italie (559), Malte (198), Allemagne (365), Pologne (311), Hongrie (334), Roumanie (273), Lithuanie (316), Estonie (183), Finlande (306), Chypre (322)
- Afrique : Sénégal (324), Maroc (330), Algérie (217), (753)
- Moyen Orient : Liban (722)

Résultats - Approche biomédicale et promotion de la santé (1)

Résultats - Approche biomédicale et promotion de la santé (2)

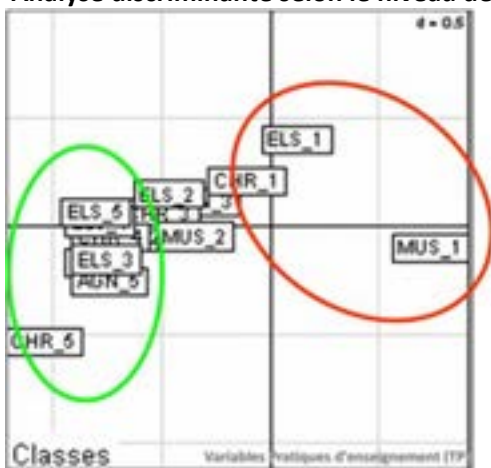
La figure ci-dessous représente des individus avec la position des groupes pays. L'axe vertical est surtout défini par la variable relative à la conception de la santé proche du modèle de « Promotion de la Santé ». On trouve en haut de l'axe des pays plus proches du modèle de promotion : Estonie, Chypre, Hongrie et Finlande.

Analyse discriminante entre les pays



La figure suivante représente l'analyse discriminante selon le niveau de croyance en Dieu. On constate que l'incidence de la foi en Dieu est très importante sur les pratiques d'enseignement en éducation à la sexualité et à la santé particulièrement sur la question du développement des compétences psychosociales (B26), la responsabilité des familles (B27) et sur qui doit enseigner l'éducation à la santé (B15).

Analyse discriminante selon le niveau de croyance en Dieu



1= très croyant => 5= ne croit pas en dieu

Mus= Musulmans; Chr=Chrétiens, Els=Autres religions, Agn=Agnostiques et athées

L'analyse discriminante selon le niveau de formation, classé selon la typologie indiquée ci-dessous, montre une corrélation forte entre le niveau d'étude et le fait d'être plus favorable à la promotion de la santé, à l'égalité des droits entre les hommes et les femmes, mais aussi à l'enseignement des aspects

psychologiques et sociaux de la sexualité et de la gestion des risques. Plus le niveau d'étude est élevé, quelle que soit la discipline enseignée, plus les répondants pensent que l'éducation à la santé et à la sexualité n'est pas seulement l'affaire des enseignants de biologie ou des professionnels de santé.

Typologie des niveaux de formation

Niveau de formation
Secondaire
Bac + 1-2
Bac + 3-4
Bac + 5-6
Plus élevé

CONCLUSION

Il faut souligner pour conclure l'importance de la prise en compte des représentations sociales et de leurs déterminants dans la conception des dispositifs de formation et de ce fait, la nécessité de penser des formations dans une approche globale de la personne et de sa culture, sans négliger l'impact des formations académiques et de l'élévation du niveau de la formation initiale des enseignants.

Une démarche commune ...

L'éducation à la santé nécessite une démarche commune au moyen d'une approche globale, des principes éthiques, et la prise en compte des représentations et des pratiques des acteurs (élèves, parents, enseignants). C'est aussi par une mise à niveau des connaissances sur l'éducation à la santé et à la sexualité et en s'appuyant sur les apports scientifiques de la recherche, que des objectifs communs de réduction et de modification des comportements peuvent être définis.

Des repères pour la mise en œuvre :

- **S'inscrire dans un projet éducatif global sur la durée, de l'école maternelle à l'Université** pour assurer la transmission de savoirs disciplinaires et transversaux (interdisciplinarité), des savoirs particuliers pluridimensionnels fluctuants à dimension juridique, politique et idéologique, en transformant ces questions vives en objets d'éducation et en organisant le cadre de vie et les activités éducatives. Ceci implique également d'intégrer la notion de prévention en développant les compétences psychosociales et de réfléchir à ce qui peut être fait par rapport à un objectif général pour le décliner sur l'ensemble de la scolarité au niveau d'une cohérence verticale et horizontale (curriculum et matrice curriculaire). Les notions de globalité, de processus et de parcours sont au cœur de cette réflexion.
- **Se situer davantage dans un principe d'éducation et de construction de l'individu (opinion raisonnée et actions en vue de la promotion du bien être)**, que dans l'approche par problèmes et la prescription de comportements. La réflexion éthique et la responsabilité au niveau de l'établissement se doit de prendre en compte la diversité culturelle, sociale des familles ou des enfants pour traduire la volonté de ne pas porter de jugement, ni de proposer des modèles normatifs moralisateurs, mais d'utiliser au contraire la richesse de la différence, en aidant l'individu à se construire une opinion raisonnée.
- **Prendre en compte l'aspect pluridimensionnel de toute thématique**, le rapport de l'individuel au collectif : Pour la santé, on se sent davantage impliqué et responsable au niveau individuel, il faut donc faire découvrir le collectif dans la santé.
- **Prendre en compte la place déterminante du sujet social** en tant que sujet acteur en adoptant une démarche ascendante (démocratie participative).
- **Adopter des méthodes capables de rendre le jeune acteur (ou même auteur) de la démarche (débat argumenté, jeux de rôles, actions concrètes).**

- **Mettre en place un partenariat et s'inscrire dans des dynamiques collectives de travail** (Mérini, 2004) en mobilisant tous les acteurs de la communauté éducative et en impliquant ou informant les parents en cas d'actions sur des thématiques plus sensibles.
- **Construire des outils... au service de l'école et des maitres :**

Le document contient :

- un DVD
- un livre
- une photo formation
- un ensemble de fiches

Avec comme objectifs de :

- **accompagner les formateurs d'enseignants lors de la conception de formations** pour le 1^{er} et le 2nd degré, en master comme en formation continue ;
- **faciliter la mise en place** de ces formations.

Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=professionnels-education/outils-profedus.asp>

Contact : dominique.berger@univ-lyon1.fr

Contact UNIRÉS : ela.bencharif@univ-lyon1.fr

3e session – L’approche globale de l’éducation pour la santé

ÉCOLE EN SANTÉ - EXPÉRIENCE TUNISIENNE

Dr. Mounira Garbouj

Directrice de la Médecine Scolaire et Universitaire – Ministère de la Santé

I - PRÉSENTATION DE L’APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ

1 - Concept

L’approche École en Santé vise à améliorer la santé des élèves, des enseignants, des parents et de la société en général, à travers la promotion de la santé et le développement des potentiels de l’école pour qu’elle devienne un espace de vie et de santé par le biais de la création de réseaux avec les différents intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux et l’organisation d’activités visant à promouvoir la santé dans les établissements éducatifs. L’approche École en Santé est une façon de réaliser des actions de prévention dans l’école en mobilisant le personnel (enseignant et non enseignant), les jeunes et leurs parents, et en rattachant ces actions au projet éducatif et à la réussite de l’école. Une « École en Santé » est une école qui travaille la base des connaissances actuelles en santé et en éducation pour le bien-être, la santé et la réussite des élèves.

2 - Justification de la mise en place d’écoles en santé

Cette approche a été mise sur pied afin de dépasser certaines des limites observées dans le domaine de la promotion de la santé auprès des enfants d’âge scolaire. Parmi ces limites figure la transmission des connaissances comme stratégie traditionnelle d’éducation à la santé, sans viser le changement axé sur les attitudes, les comportements, les compétences et l’environnement, mais aussi la fragmentation, le morcellement et le manque d’intégration des activités de santé scolaire dans l’ensemble des activités destinées aux jeunes et enfin la limite posée par le recours presque exclusif aux stratégies individuelles, qui négligent le contexte social et familial dans lequel évoluent les jeunes.

3 - Buts

Plusieurs objectifs sont assignés à l’approche École en Santé. Elle vise en premier lieu à développer la promotion de la santé et de l’environnement chez les élèves à travers leur participation active pour le renforcement de la santé. Il s’agit également de coordonner entre le corps enseignant, les élèves et les autres acteurs, pour un renforcement du climat sanitaire et des comportements sains, aussi de développer des liens entre l’école, la famille et la communauté pour la promotion de la santé, et enfin, d’échanger des expériences entre les écoles et de créer des écoles en santé et des réseaux de communication entre les intervenants.

4 - Composantes de l’approche Écoles en Santé

La concrétisation de l’approche se traduit par la création de services de santé adéquats et de programmes alimentaires et de nutrition, ainsi que par la promotion de la vie active. Elle renforce la relation entre le personnel scolaire, l’équipe chargée de la santé et les intervenants clés des autres secteurs pertinents. Elle permet aussi la création d’environnements sains et de soutien, et l’acquisition de comportements favorables à la santé à travers le développement des compétences de vie. Enfin, elle développe les relations entre l’établissement et la communauté.

II - L’EXPÉRIENCE TUNISIENNE EN ÉCOLE EN SANTÉ

L’idée est née suite au concours sur les Écoles en Santé organisé en 2003 par l’UNESCO : le Ministère de la Santé, le Ministère de l’Éducation et les ONG actives en milieu scolaire ont alors engagé le travail sur le projet Écoles en Santé en 2004.

1 - Principales Actions

- **Identification des partenaires** : L'équipe de santé scolaire, le corps éducatif, les élèves, la famille, les organisations gouvernementales et non gouvernementales.
- **Création d'une commission nationale** regroupant les trois ministères (Santé, Éducation, Ministère de l'Intérieur), les Municipalités et les différents intervenants (OG et ONG).
- **Identification des 24 écoles primaires** (une par région), basé sur le bénévolat des différents intervenants pour la **mise en place d'un conseil** au niveau de l'école. Un organigramme d'activités a été mis à la disposition des directeurs et le projet prévoit la **création d'un site de projet** sur les Écoles en Santé (ce dernier point n'a pas fonctionné jusqu'à présent).
- **Élaboration de fiches** précisant les critères spécifiques pour chaque école pour la mise en œuvre.
- **Organisation d'un séminaire national** au profit des directeurs et enseignants responsables de ces écoles pour lancer le projet sur le terrain à partir de trois axes d'intervention :
 - Définir les moyens et les outils indispensables pour la santé dans les Écoles en Santé ;
 - Ouverture de l'École en Santé sur son environnement ;
 - Moyens et outils utilisés pour la création d'un réseau des Écoles en Santé.

2 - Contraintes

La contrainte majeure à laquelle l'expérience s'est heurtée reste l'implication fragile des intervenants et des partenaires. La base du bénévolat soulève la question de la pérennité des actions, accentuée par le manque d'implication du corps éducatif et des ONG dans le projet. La multiplicité des vis-à-vis au sein du Ministère de l'Éducation responsable de la coordination avec le Ministère de la Santé, couplée à l'absence de suivi de ce projet au niveau du Ministère de la Santé pèsent également sur son bon déroulement.

Conclusion

L'expérience des écoles en santé en Tunisie mérite d'être revue. Sa concrétisation nécessite l'évaluation de la première expérience pour remédier aux contraintes identifiées et la création de réseaux nationaux, régionaux et locaux entre les différents acteurs est indispensable pour la réussite de ce projet.

3e session – L’approche globale de l’éducation pour la santé

POUR UNE APPROCHE SOCIO ANTHROPOLOGIQUE DE L’ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : L’EXEMPLE DES JEUNES D’ORAN, ALGÉRIE

Ouassila Salemi

Mohamed Mebtoul

Groupe de recherche en Anthropologie de la santé (GRAS)

Unité de recherche en sciences sociales et santé

Université d’Oran, Algérie

EN GUISE D’INTRODUCTION

Les études socio-anthropologiques⁵⁸ menées depuis une vingtaine d’années par l’Unité de recherche en sciences sociales et santé du Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé (GRAS) de l’Université d’Oran, ont clairement montré que les différentes structures de soins (hôpitaux, Établissements Publics de Santé de Proximité, Caisse d’assurance sociale, etc.) ont très faiblement investi le champ de l’éducation et de la promotion de la santé. En effet, les activités sanitaires se limitent aux aspects curatifs et à une « éducation » moralisante qui s’interdit de comprendre et de prendre en considération la complexité et la diversité des situations socio-sanitaires vécues par la population, effaçant et occultant les contraintes sociétales, les logiques socio-sanitaires des familles qui sont, on l’oublie souvent, des productrices de la santé, au sens où elles déploient des compétences et des savoirs d’expérience sous-estimés et peu reconnus par les responsables sanitaires.

L’éducation pour la santé s’inscrit dans une politique de Promotion de la santé telle que définie en 1986 dans la Charte d’Ottawa : « Elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie, les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité. Elle s’adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d’être accessible à chacun (...) et de (...) réduire les inégalités sociales de santé. (...) Elle interpelle tous ceux qui, par leur profession ou mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu’ils prennent ou des conduites qu’ils adoptent ». A partir de ces extraits sélectionnés sciemment, nous allons montrer la pertinence de notre posture, basée sur une approche socio anthropologique de l’éducation pour la santé, en prenant comme exemple les jeunes d’Oran.

I - NOTRE POSTURE

Notre posture consiste à connaître puis tenter de comprendre les représentations et les pratiques de la population cible. Ceci ne peut se faire que dans une approche privilégiant l’écoute qui permet de rendre compte de l’expérience sociale des gens et de leurs interactions avec les différentes institutions qui les entourent. Notre perspective axée sur les catégories des jeunes, se positionne dans une sociologie compréhensive qui a pour valeur heuristique de s’inscrire dans une logique de l’altérité, en essayant de saisir le sens subjectif visé par l’acteur social. Cette orientation se veut une réponse à tous ceux qui s’expriment souvent de façon péremptoire et autoritaire au nom des jeunes, considérés à tort dans leur homogénéité sociale, en donnant souvent un contenu moral et idéologique à leurs propos.

⁵⁸ Parmi les travaux menés par le GRAS, il importe de citer : Des mots pour dire la sexualité des jeunes (2005), Travail de sexe et VIH/Sida et les professionnels (-elles) du sexe en Algérie (2007), Récits de vie des jeunes : Études, chômage, famille, santé et sexualité (2007), Les prestations de soins de santé essentiels en Afrique réalités et perceptions communautaires, cas de l’Algérie, sous l’égide de l’OMS, 2011.

Centrée sur les jeunes, cette perspective s'interroge sur ce que nous savons précisément de leur vie quotidienne. Car il faut humblement reconnaître notre ignorance sur ce que disent ou pensent les jeunes à propos de leurs expériences sociales et sur les institutions qu'ils sont amenés à fréquenter quotidiennement. Or quel peut être l'intérêt d'une étude sur les jeunes, s'ils ne sont pas écoutés longuement et attentivement à propos de leurs parcours individuels et de leurs modes d'insertion dans les différents espaces sociaux, culturels, administratifs et scolaires (famille, université, quartier, etc.) ?

Il importe de relativiser un ensemble de jugements réducteurs sur les jeunes et interroger de façon critique cet étiquetage (stigmatisation) porté sur eux: «Violents », «irrespectueux de l'ordre social», « personnes qui refusent de travailler », etc. Les trajectoires sociales des jeunes dévoilent au contraire des processus sociaux ne relevant pas du comportement des jeunes, mais fabriqués à leur insu, en dehors d'eux. Ces trajectoires permettent de relever fort judicieusement que par exemple, l'origine des violences devrait d'abord être identifiée et élucidée dans le mode de fonctionnement des institutions politiques, sociales, économiques et culturelles.

II - MÉTHODOLOGIE

A partir du vécu quotidien et ordinaire des différentes catégories de jeunes, notre souci premier a été de partir de la santé, considérée ici, comme une totalité sociale qui intègre toutes les composantes de la vie des jeunes (activités, rapports au temps, à la famille, à l'université, au chômage, à la drogue, à la sexualité, etc.). En effet, dans notre perspective, la santé ne se réduit nullement à sa dimension organique, elle n'est pas une simple opposition à la maladie. Comprendre la santé des jeunes impliquait inéluctablement un élargissement du regard sociologique qui consistait à appréhender les parcours des jeunes qui mènent à la réalisation de telle ou telle activité sociale ou scolaire. Il s'agissait donc de mettre en valeur, à partir du point de vue des jeunes, les significations attribuées à leurs différentes pratiques sociales dans leur vie quotidienne.

A la recherche du sens que les individus donnent à leurs expériences, dans le but de comprendre leurs logiques d'action sous-jacentes, l'approche qualitative apparaît pertinente, dans la mesure où elle constitue un panel d'outils privilégiés pour appréhender les comportements de manière plus globale, en s'attachant aux dimensions subjectives des situations et des actions. (Chauvin, Parizot, 2005). Selon cette approche retenue, « *une réalité donnée ou une situation donnée n'a pas besoin d'être représentative au sens strict pour être pertinente anthropologiquement, et où à cet égard, l'étude de quelques cas individuels, peut nous apprendre autant de choses que celles de cas multiples.* » (Sylvie Fainzang, 1994). Ainsi, le recours aux récits de vie permet de rendre compte de la formation des trajectoires sociales des jeunes, d'appréhender de façon approfondie les cheminements par lesquels ils en sont venus à se retrouver dans une situation donnée et comment ils s'efforcent de faire face à cette situation (Bertaux, 1997). Dans le récit de vie, le jeune raconte une histoire sociale qui est bien entendu la sienne, mais qui n'en est pas moins produite par des mécanismes sociaux et politiques. Le récit de vie permet d'intégrer la subjectivité du jeune qui est conduit à mettre au jour un ensemble de contraintes sociales, symboliques et morales. Partir des trajectoires sociales, c'est d'aller au-delà des approches trop rapides et utilitaristes qui se limitent à appréhender les comportements des jeunes en soi, en occultant la façon dont ils ont été construits socialement. Ceci ne peut se faire sans l'instauration d'un climat de confiance, préalable important pour que les jeunes puissent raconter leur vie sociale. Le deuxième critère est de revoir le jeune pour poursuivre et approfondir l'entretien, d'où l'investissement temporel important pour ce type d'investigation qui ne se limite pas à enregistrer rapidement des discussions entre les jeunes.

Le travail de terrain s'est opéré dans des quartiers socialement diversifiés d'Oran. Parce que les deux universités sont respectivement situées à Es-Sénia et à Bir-el-Djir, il nous a semblé pertinent de les retenir comme deux espaces d'enquête. Les cités universitaires sont situées à proximité des deux universités. Il était important aussi de réaliser des récits de vie avec des chômeurs et d'autres jeunes

d'origine sociale aisée, habitant dans ces deux pôles. Le troisième lieu d'enquête a concerné un ancien quartier populaire d'Oran, dénommé « Victor Hugo ». Cet espace social regroupe de façon dominante une population socialement diversifiée (chômeurs, ouvriers, cadres moyens, etc.). Enfin, le quatrième quartier a été celui des Planteurs « Ras-el-Ain », et plus précisément, « Bab el Hamra » (Porte rouge). Il a permis de rencontrer des jeunes délinquants à la marge de la société. La pauvreté, le chômage, la « Hogra » (injustice) et un habitat précaire (sous forme de grottes) sont autant d'éléments qui caractérisent ce quartier stigmatisé. Ils expliquent en grande partie, la fabrication sociale de la déviance.

III- QUELQUES ILLUSTRATIONS

Dans les propos des étudiants, l'université est perçue comme « un lycée sans surveillants » selon l'expression de l'un de nos interviewés. Un espace de distribution des diplômes sans lien avec l'approfondissement des connaissances, puisqu'il s'agit pour eux de « fermer l'année » pour tenter d'arracher tous les modules. Si dans les années 70 et 80, les étudiants avaient l'ambition de devenir des cadres de l'État, certains jeunes de maintenant rêvent de faire des études rigoureuses ailleurs ou estiment que l'important est de travailler pour soi, ouvrir un commerce et prendre ainsi ses distances avec l'État.

Les trajectoires des jeunes « soutenant » le mur (les hitistes) montrent leur isolement social dans leur quartier qui ne représente pas un espace social homogène. Certains d'entre eux sont amenés à le fuir et à l'étiqueter de façon négative (cigarette, drogue (kif)). « *Personne ne nous soutient sauf le mur* » disent les jeunes. Cette expression récurrente traduit la fermeture et la distanciation des institutions sociales et économiques à leur égard. « *On dirait que c'est écrit sur notre front : individu dangereux à ne pas aider, à ne pas recruter* ».

La fabrication sociale de la déviance est plus accentuée dans les quartiers stigmatisés, caractérisés par la pauvreté extrême, un habitat précaire (des grottes), conduisant cette catégorie de jeunes à exprimer ouvertement un sentiment d'injustice, la « hogra ». Vivant à la marge de la société, ils inventent leur propre normalité, en affirmant que leur métier est de voler et d'agresser. Pourtant, l'écoute attentive de ces jeunes qui s'adonnent de façon radicale à la drogue (« *je me brûle le cœur* ») conduit l'observateur à relever cette forme sociale de destruction de soi qui leur semble liée à la violence institutionnelle dont ils sont quotidiennement l'objet.

L'éducation à la santé ne peut se faire sans une reconnaissance des pratiques et des représentations des jeunes. Patrick Pharo le montre bien dans son étude sur les pratiques addictives dans son ouvrage « *Philosophie pratique de la drogue* », lorsqu'il insiste sur deux éléments forts importants à savoir qu'aucun argument rationnel ne suffit jamais à imposer à quiconque (surtout au jeune) de la prudence sur celle de la consommation intense de sa vie, au risque de la plus cruelle dégringolade ou descente aux enfers, et qu'on ne choisit pas, ni de façon rationnelle ni irrationnelle, à se mettre à consommer de la drogue, mais que la décision d'arrêter a généralement un caractère rationnel, lié à la peur de mourir ou à l'impossibilité de continuer à vivre de telle manière.

Ces deux résultats plaident à la fois pour une éthique de la prudence et de la prévention au plan des responsabilités éducatives individuelles et collectives, et pour une reconnaissance réaliste de l'impossibilité d'imposer cette éthique à des adultes, ce qui devrait impliquer, plutôt que de la répression, la prise de conscience d'une responsabilité publique dans l'accompagnement des personnes en situation de dépendance, dont le libre choix initial s'est heurté à la mauvaise fortune de leurs propres dispositions ou des circonstances sociales.

POUR NE PAS CONCLURE ...

Nos études montrent bien que l'éducation et la promotion de la santé, doit être orientée vers et au profit dans un premier temps des professionnels de la santé, des associations et des responsables sanitaires. Il est important d'opérer une reconversion du regard sur la question de l'éducation à la santé,

qui ne se réduit pas uniquement à une inculcation de connaissances, mais bien plus à une logique d'échanges et d'accompagnement des préoccupations vécues par les malades dans la société. Les professionnels de la santé occultent souvent le fait important que la santé soit appréhendée par la population, à partir de sa vie quotidienne, et ses différentes expériences sociales ; elle ne se limite pas à une simple opposition à la maladie. Notre récente recherche sur les soins de santé primaire en Algérie, soutenue par l'OMS (2011), montre clairement que l'attente la plus récurrente exprimée par la population, est centrée sur le besoin d'une interaction de proximité avec les professionnels de la santé et les responsables sanitaires. Il semble ainsi urgent dans le contexte algérien, de retravailler sur les notions de reconnaissance, de confiance, d'interaction, de proximité, de citoyenneté, d'éducation, d'altérité, en privilégiant les études de cas et le décryptage de situations quotidiennes vécues par la population. C'est une nouvelle approche de l'éducation à la santé que nous voulons définir ici. Celle qui préconise une approche sociologique de la communication comme outil de contact et d'influence, basée sur une interaction au sein d'un réseau où s'échangent et se partagent des représentations collectives et où l'accent est mis sur la discussion, le dialogue et l'argumentation pour aboutir à l'intercompréhension.

Il apparaît que seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. La promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : Les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux peuvent intervenir en tant qu'individus, familles et communautés. Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

Ainsi donc, notre démarche s'est efforcée de proposer une interprétation au sens des actions entreprises par les acteurs. Cela n'a pu être assuré qu'en approchant la vie des gens et en essayant de voir à travers leurs yeux. La sociologie, qui a pour vocation de comprendre la rationalité des acteurs, mais aussi leur irrationalité, intègre toutes les dimensions des comportements humains en prenant en considération la diversité de leurs logiques. Il s'agit, selon le précepte spinoziste, de ne pas déplorer, ne pas rire, ne pas détester, mais de comprendre.

Bibliographie :

- Beaud S., *80% au bac...et après ? Les enfants de la démocratisation scolaire*, Paris, Seuil, 2002.
- Beaudichon J., *La communauté, processus, formes et applications*, Armand Colin, Paris, 1999.
- Bertaux D., *Les récits de vie*, Paris, Nathan, 1997.
- Chauvin P., Parizot I., *introduction-les déterminants sociaux de la santé : une approche pluridisciplinaire, santé et recours aux soins des populations vulnérables* (avec la collaboration de Sandrine Revet), INSERM, Paris, 2005.
- Dubet F., *La galère : jeunes en survie*, Paris, Fayard, 1987.
- Dubet F., *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil, 1994.
- Durand J., *Les formes de communication*, Bordas, Paris, 1981.
- Fainzang S., « l'objet construit et la méthode choisie : l'indéfectible lien », *Terrain* (Paris), n°23, 161-172, 1994.
- Mebtoul M., *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de santé en Algérie*, Paris, l'Harmattan, 1994.
- Pharo P., *Philosophie pratique de la drogue*, Editions Cerf, 2011.

3e session – L’approche globale de l’éducation pour la santé

Discussions et échanges

Interventions des participants

Pr. Abdessamad Dialmy, Sociologue, expert de la sexualité des jeunes maghrébins : La présentation de M. Berger me laisse perplexe lorsqu’elle soutient qu’il faut apprendre à l’adolescent à penser par lui-même, sans transmettre de messages, de contenus, sans lui dire qu’il y a des valeurs à respecter et à atteindre. Au Maghreb, l’enfant commence l’école avec deux principes en tête, acquis au sein de l’éducation familiale : Les hommes sont supérieurs aux femmes et le sexe avant le mariage est sale, impur. Doit-on laisser le jeune faire, agir et découvrir par lui-même la nécessité de dépasser ces principes ou de décider de les garder profondément ancrés dans sa sensibilité, son inconscient et son imaginaire, ou est-ce que l’éducation à la santé doit amener, pousser l’enfant à changer son attitude par rapport à l’égalité des sexes, aux relations préconjugales, etc. ? Je pense qu’il faut viser à lui faire changer d’opinion, lui montrer d’autres pistes avec des méthodes participatives, interactives et véhiculer un message humaniste, clair et éclairé.

Dr. Mounira Garbouj, Directrice de la médecine Scolaire et Universitaire, Ministère de la Santé (Tunisie) : Les interventions ont souligné la diversité de ce qui se fait sur le terrain. Nous, professionnels de la santé, avons contribué à vulgariser l’éducation à la santé à tel point que les préceptes se sont évaporés. Par exemple, en Tunisie, pour promouvoir l’éducation à la santé et toucher différents aspects, nous avons utilisé la méthode des relais à travers différentes thématiques pour intervenir sur le terrain. Quand on travaille de longues années dans le domaine, on se proclame spécialiste sans pour autant avoir de formation spécifique. Or, il est nécessaire de mettre en place une formation diplômante, avec un contenu qui permettrait aux acteurs de parler le même langage et d’uniformiser les actions. Dans le contexte de transition démographique et de promotion de la santé portée par l’OMS, les politiciens ont été attirés par la thématique et l’ont utilisée comme stratégie facile de mobilisation, sans pour autant lui donner les moyens adéquats, réduisant ainsi l’importance de l’éducation à la santé. Il faut qu’il y ait une concertation multidisciplinaire, mais la question reste de savoir par quels mécanismes et comment faire ?

M. Fouad Chafiki, Directeur des programmes scolaires au Ministère de l’Éducation Nationale (Maroc) : Il est nécessaire de différencier les programmes pédagogiques nationaux des actions ponctuelles. Dans le cadre de programmes nationaux et globaux, il est naïf de penser que l’école est une machine qui peut produire des résultats. L’école se compose d’hommes et de femmes eux-mêmes porteurs de valeurs issues de leur éducation. Bien sûr, dans le cadre de projets globaux, il faut séparer les stéréotypes de l’éducation à la sexualité. Dans le cas marocain, un travail d’épuration de fond a été effectué sur les stéréotypes sexistes dans les programmes scolaires, et presque tout le monde est convaincu de l’égalité entre hommes et femmes, le principe a été constitutionnalisés. Il y a cependant une résistance sociale envers l’éducation à la sexualité. Bien que l’on essaie d’encourager une approche libertaire au sein du système éducatif, les initiatives se heurtent aux mouvements rétrogrades de la société et les décideurs politiques se retrouvent seuls face à des mouvances prédominantes dans la société. Des projets ponctuels peuvent en revanche être mis en place dans des établissements scolaires. Il y a un travail de fond que l’on peut mener avec les parents et les enseignants. Nous avons beaucoup de cas de réussites, qui restent des expériences ponctuelles que nous pouvons partager avec nos partenaires maghrébins, mais qui ne sont pas généralisables, étant donné le travail préalable qu’elles nécessitent dans le contexte d’une société ne promouvant pas une école qui permet la liberté des citoyens.

Réponses des intervenants

Pr. Dominique Berger, Expert spécialiste en Éducation à la santé : Je tiens à préciser que la question des systèmes de valeurs est centrale. Il est indispensable d’avoir une idée claire des valeurs politiques sous-jacentes dans les contextes nationaux et d’avoir des pensées orientées vers les valeurs humanistes. Développer les compétences psychosociales de l’enfant, c’est lui permettre d’avoir une pensée critique

par rapport à la famille et de sortir du système familial pour se construire sa propre personnalité. Il faut former les professeurs à avoir une pensée éthique et savoir jusqu'où l'on peut permettre aux enfants de se construire une personnalité. Il faut en cela mettre en place des dispositifs pédagogiques qui ne mettent pas l'enfant en porte-à-faux avec sa famille, mais lui permettent d'ouvrir son monde à travers les réseaux sociaux, en instaurant dans des dispositifs nationaux, un curriculum tout au long du parcours entre l'école et l'université, ce qui relève de la responsabilité des États et des gouvernants. C'est à l'école maternelle et élémentaire que l'on construit les choses, y compris sur la toxicomanie et la sexualité. Appuyons-nous sur l'initiative de l'UNESCO afin de se demander comment chaque pays, avec ses particularités, peut avancer dans cette direction ?

Pr. Ouassila Salemi, Sociologue Anthropologie et Éducation à la santé : La prise en compte des études qui ont été faites sur le terrain est indispensable aux actions de plaidoyer dans ce domaine. Il faut également multiplier les études et les recherches pour apporter des éléments nouveaux et améliorer les dispositifs de santé. Il faut pour cela faire face au manque de moyens, par davantage de concertation et de communication autour de la question (médias).

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSIONS DES DISCUSSIONS DES ATELIERS

Les ateliers ont eu pour objectif de contribuer à l'élaboration par les pays participants des grandes orientations relatives à la promotion de l'éducation à la santé, et ce à travers le traitement de trois thématiques et la formulation de recommandations pour chacune d'entre elles. Ces orientations veillent à identifier les rôles des institutions et les types de partenariats interministériels à développer ou à consolider, tout en identifiant les autres partenaires à associer et en précisant les rôles de la société civile dans ce domaine. Une attention particulière est portée aux outils de la démarche, notamment l'apport d'internet et des réseaux sociaux, ainsi qu'à l'identification des types de financements possibles.

Les groupes de travail ont permis d'approfondir trois thématiques, et pour chacune de préciser une approche d'intervention à travers des recommandations et propositions d'actions à mener, contribuant ainsi à la définition d'un cadre commun.

Atelier 1 : Identification des actions intégrées pour la prévention des conduites addictives

Animation :

- **Renforcer l'approche interministérielle** en impliquant les Ministères de l'Éducation Nationale, de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, de l'Intérieur, l'Entraide Nationale et tous les autres concernés par la thématique de la jeunesse, en créant une structure interministérielle dotée de fonds ;
- **Toucher les population cibles**, à savoir la totalité de la population scolarisée, facilement atteignable car les outils pour cela existent et elle est bien encadrée, mais aussi la population non scolarisée, plus difficile à atteindre, à travers notamment la société civile ;
- **Plaidoyer pour des textes organisant l'éducation à la santé et la prévention ;**
- **Intégrer les actions en milieu scolaire :**
 - ▶ **Développer le partenariat avec les familles, les associations et les ONG** en matière de prévention en milieu scolaire, par l'information et la participation des familles en tant qu'acteurs éducatifs et par l'ouverture de l'établissement sur son environnement,
 - ▶ **Mettre en œuvre des curriculums de l'école primaire à l'université**, établis en fonction du niveau des élèves : Compétences psychosociales en primaire, approches thématiques diverses au secondaire et à l'université,
 - ▶ **Multiplier les projets et les partenariats** entre les structures des différents pays en incluant les partenaires sociaux, en unifiant les messages et en développant des outils de prévention partagés avec tous les partenaires,
- **Développer les formations des acteurs éducatifs ;** du personnel enseignant, des services de santé scolaire, les leaders associatifs et les travailleurs sociaux pour définir une culture, des messages et des outils communs ;
- **Développer les outils de prévention ;**

- **Organiser la prévention en dehors de l'école** à travers la mise en place de structures et cellules d'écoute et d'information, en utilisant les technologies de l'information et de la communication, en développant les formations et les outils, et en impliquant le milieu associatif et les ONG ;
- **Identifier d'autres approches thématiques** en partenariat avec les services de santé et les ONG, en développant l'approche épidémiologique et de santé publique pour connaître les modes de consommation et les produits, les populations à risques et à hauts risques (non scolarisés, prisonniers, personnes en situation de vulnérabilité etc.) pour mieux identifier les risques, organiser les dispositifs de prévention adéquats et mobiliser les moyens financiers ;
- **Cibler l'approche du Ministère de la Santé** en tant que relais institutionnel pour la prise en charge des patients et la réinsertion personnes concernées à travers des partenariats avec les services hospitaliers.

Atelier 2 : Réflexion sur la mise en place de programmes d'éducation à la non-violence

Animation : Nadia Cheradi

Les travaux de l'atelier se sont attachés dans un premier temps à définir la violence, entendue comme étant le comportement d'un individu qui cherche à s'exprimer agressivement dans le but d'attirer l'attention d'autrui et/ou de s'imposer. La violence c'est causer du tort à soi-même et à son entourage.

Il existe plusieurs types de violence : La violence physique (femmes, enfants battus), la violence verbale (insultes, injures) et la violence psychologique (harcèlement).

Elle s'explique par des facteurs internes, génétiques (aptitude génétique à devenir violent) et par des facteurs externes, sociologiques, économiques et culturels. Elle peut avoir lieu au sein de la famille (interaction négative entre les membres de la famille), au sein de l'entourage de proximité (voisinage, quartier, écoles, lieux de travail, lieux publics) et au sein de la communauté à travers certaines pratiques traditionnelles (mariage forcé des mineurs).

Les recommandations pour y remédier sont les suivantes :

Au sein de la famille :

- Inciter les victimes à dénoncer et à parler de ces violences ;
- Utiliser pour cela tous les moyens de communication et de sensibilisation à disposition : réseaux sociaux, audio-visuel, spots publicitaires, prêches des imams ;

Au sein de la communauté :

- Renforcer le rôle du mouvement associatif, en favorisant et en activant l'existence d'associations ;
- Créer et renforcer des cellules d'écoute ;
- Renforcer la création et l'accessibilité des centres de loisirs (sportifs et culturels) pour dénoncer la violence ;
- Renforcer les activités socioculturelles et sportives au sein des établissements éducatifs ;
- Organiser des journées portes ouvertes et utiliser différentes activités pour dénoncer la violence ;

Stratégie à long terme :

- Renforcer les textes et les dispositions de loi ainsi que leur application ;
- Former le personnel éducatif et associatif en matière de lutte contre la violence ;
- Introduire ou renforcer la notion de non violence dans les programmes éducatifs dès le préscolaire en vue de générations non-violentes ;
- Impliquer les différents acteurs (celui qui cause et celui qui subit) dans l'élaboration de plans d'action contre la violence ;
- Encourager la recherche dans le domaine de la violence ;
- Créer une journée nationale pour la lutte contre la violence.

Atelier 3 : Identification des principales actions d'éducation à la sexualité et de prévention du VIH chez les jeunes

Animation: Abdessamad Dialmy et Sandy Bernard

- **Développer la formation initiale et continue** des enseignants ;
- **Mutualiser et développer le travail en partenariat**, identifier les partenaires (y compris les parents) ;
- **Développer l'éducation par les pairs** et former des parents comme co-éducateurs pairs ;
- **Développer la recherche et cibler les interventions en fonction du public** (jeunes scolarisés, jeunes non scolarisés, jeunes en situation de très grande misère et de grande vulnérabilité) ;
- **Uniformiser les méthodes** et les messages entre les différents partenaires et veiller à la qualité et à la cohérence de ce qui est transmis ;
- **Améliorer les connaissances** sur la sexualité et le VIH-Sida ;
- **Utiliser le réseau des écoles associées de l'UNESCO** pour mener des expériences pilotes novatrices (écoles publiques et privées) sur des programmes plus « courageux ». Évaluer ces expériences et les dupliquer ;
- **Placer l'élève au cœur de la situation éducative** (approches constructiviste et socioconstructiviste) et travailler sur les représentations (des éducateurs, des jeunes) ;
- **Transmettre les valeurs universelles** comme la lutte contre les discriminations ;
- **Poser la question du droit à la sexualité** en tant que telle ;
- **Passer d'une approche biomédicale à une approche globale** de promotion de la santé ;
- **Organiser des classes spéciales** (mixtes et non mixtes) ;
- **Organiser des sessions parents-jeunes** ;
- **Associer les associations de parents d'élèves et les ONG** ;
- **Changer l'image du préservatif** (à relier à la notion de plaisir) ;
- **Faire évoluer** ce qui est en cours dans les écoles.

SYNTHÈSE DES DISCUSSIONS SUR LA RESTITUTION DES RÉSULTATS DES ATELIERS

- Que faire pour la prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles afin de prévenir notamment, l'infection par le VIH suite à l'agression ?
- L'information ne suffit pas, il faut influencer sur le profil de la personne violente, sur le volet psychologique.
- Concernant la violence fondée sur le genre, il est nécessaire d'aller plus loin. En effet ceux qui luttent contre cette violence sont principalement les victimes, les filles, ce qui reste insuffisant tant que les hommes ne sont pas eux-mêmes impliqués. Pour les jeunes, être violent envers une fille c'est faire preuve de masculinité. Il faut dépasser la définition patriarcale des liens sociaux et aller vers la construction d'une masculinité nouvelle.
- Le fait d'associer les parents à travers des programmes spécifiques et de sensibiliser les jeunes de moins de 15 ans a été évoqué dans les trois ateliers, ceci est capital car ces jeunes sont notre avenir.
- La prise en charge psychologique des victimes n'est pas assez développée : les victimes sont enfermées dans des tabous dans la plupart de nos sociétés et sont mal identifiées. Les ONG et la société civile doivent s'impliquer davantage pour lutter contre cela.
- Il est nécessaire d'identifier des actions par approche, par niveaux et par acteurs, et définir ce qu'il est pertinent de proposer aux différents ministères concernés et aux autres partenaires sociaux.
- Il faut, selon certains, imaginer, concevoir un droit à la sexualité, un droit qui ne soit pas seulement garanti à travers le droit du mariage. Pour d'autres il est trop tôt pour parler d'un droit à la sexualité, il importe de réfléchir à qui peut être fait maintenant et de le distinguer ce qui relève du plus long terme.
- Encourager à parler, à rompre le silence autour des addictions, de la violence, de la sexualité des jeunes est capital, et ce en utilisant tous les moyens (les medias, l'école, etc.), car dans le contexte actuel, les victimes sont silencieuses et les personnes ayant des addictions culpabilisent. Il est nécessaire de développer l'estime de soi chez les jeunes pour réduire les facteurs de vulnérabilité et développer leur capacité à « dire non ».
- Toutes ces thématiques nécessitent des programmes intégrés et une convergence stratégique multisectorielle pour pouvoir être opérationnalisées efficacement de manière sectorielle.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Pr. Dominique Berger, Expert spécialiste en Éducation à la santé

En guise de conclusion, Professeur Dominique Berger s'est chargé de préparer une synthèse générale des travaux de la rencontre. Les recommandations formulées à l'issue des travaux des trois ateliers thématiques, ainsi que l'ensemble des échanges et discussions qui ont eu lieu au cours de ces deux journées de travail, ont fait apparaître des éléments transversaux aux différentes problématiques abordées, qui composent le socle des orientations et des fondements pour la poursuite de la réflexion, pour leur prise en compte dans les politiques nationales et dans la vision stratégique maghrébine de promotion de la santé chez les jeunes.

Le premier constat porte sur l'importance de travailler sur les dimensions interministérielles et intersectorielles pour organiser des dispositifs de promotion de la santé chez les jeunes cohérents et intégrés. Cette horizontalité va permettre de redéfinir les concepts, ceux propres au milieu de l'éducation, ceux de la santé, etc., pour construire une culture commune et faire naître des stratégies à long-terme.

La dimension partenariale est une des conditions fondamentales de l'approche d'éducation à la santé chez les jeunes dans ses multiples composantes (violence, sexualité, addictions, etc.). Elle ne peut en effet, être pensée en dehors de l'implication de la famille, des associations, des institutions représentatives de la société civile, toutes actrices de la décision.

Les discussions ont également convergé sur la question de la formation. Les politiques pour lesquelles nous plaidions ne pourront se mettre en place qu'à partir du moment où les cadres, les acteurs sont formés, avec une attention particulière à porter sur les enseignants dont le rôle à jouer en matière d'éducation à la santé est considérable, mais aussi le personnel de santé, les éducateurs, les acteurs associatifs, etc. Une formation horizontale, transversale et commune à tous ces acteurs permettrait d'unifier les visions, les méthodes et les modalités d'intervention.

La recherche sur les thématiques qui nous intéressent ici doit être développée. Connaître ce qui existe, établir un état des lieux sur les innovations et les pratiques permettra de s'appuyer de manière plus efficace sur l'existant pour construire des visions nouvelles, identifier clairement les choix pertinents et développer des stratégies politiques en fonction des particularismes de chaque pays.

L'intérêt de communiquer davantage comme mode de promotion, de prévention et de sensibilisation sur la santé est central, notamment à travers des journées particulières comme la journée internationale de l'élimination de la violence faite aux femmes.

Il importe également de développer la recherche, pour permettre de mieux connaître ce qui existe, ce qui a été fait et quelles sont les innovations. Établir un état des lieux sur les pratiques permettra de s'appuyer sur l'existant pour construire quelque chose de nouveau, identifier clairement les choix qui s'offrent et développer des politiques pertinentes en fonction des contextes propres aux différents pays.

Enfin, il est nécessaire de mener des interventions aux âges les plus précoces et rompre le silence des victimes en accompagnant une logique de changement des mentalités dans les sociétés où les questions relatives à la violence, à la sexualité et aux addictions est encore fortement emprunte de tabous.

Nombreux sont les apports théoriques et pratiques de cette rencontre, il s'agit désormais de trouver un consensus qui permette d'avancer et d'aborder les prochaines étapes de la réflexion, tout en prenant en compte la diversité des contextes et les différences de niveaux entre la multitude d'acteurs de la promotion de la santé chez les jeunes.

RÉFLEXION SUR UNE STRATÉGIE MAGHRÉBINE DE PROMOTION DE LA SANTÉ DES JEUNES

Animateurs : Tahar Ouhrir et Dr Abdatt O Abbe Directeur des Ressources Humaines Ministère de la Santé

M. Tahar Ouhrir, Ministère de la Santé (Maroc) : Dans ce débat, je pense nous devons aborder la question des axes de coopération qui peuvent contribuer à initier une stratégie de promotion de la santé au profit des jeunes au Maghreb. Je tiens en cela à insister sur la possibilité de mettre en place une stratégie nationale et maghrébine commune de promotion de la santé, tout en m'interrogeant sur sa faisabilité technique et administrative ainsi que sur les principales actions à envisager dans ce cadre. Cette rencontre relève d'une grande importance dans le sens où elle pourrait permettre la mise en place d'un calendrier de rencontres à un niveau supérieur pour élaborer et appliquer cette stratégie. Dans le cas où il y aurait des problèmes pour mener des actions politiques, il nous reste la possibilité d'agir de manière apolitique, à travers des actions sanitaires et sociales faisables et pertinentes, comme par exemple, la mise en place d'une journée commune de la vaccination.

Je m'interroge par ailleurs sur l'origine de l'idée d'une stratégie commune de promotion de la santé des jeunes au Maghreb, et sur sa véritable nécessité. Des propositions de stratégies et d'actions communes dans les programmes de santé scolaire ou en épidémiologie pour les maladies sexuellement transmissibles ont été proposées mais n'ont pas abouti, hormis ponctuellement sur certaines problématiques communes. La partage d'expériences entre pays et la réflexion sur notre positionnement sont capitales, et ce, à travers les rencontres de partage de ce type qu'il importe de multiplier.

Nous pourrions également constituer une taskforce régionale, avec comme mission d'alimenter une dynamique de partage et de mutualisation de nos expériences et contribuer à définir une culture et des principes communs.

Concernant le domaine de la communication, nous avons besoin d'idées nouvelles et adaptables aux jeunes. La constitution de réseaux et d'actions conjointes nous permettrait de s'associer pour aller dans le sens d'une action adaptée.

M. Brahim Abassi, Directeur de l'enseignement fondamental, Ministère de l'Éducation (Algérie) : Il est nécessaire de disposer d'une stratégie partagée, avec des actions prioritaires communes et une approche globale sur la santé physique et mentale et un projet sociétal qui prenne en compte la dimension culturelle, dans une approche coopérative à travers des échanges, et coordonnée, comprenant toutes les catégories de jeunes (à risques, les déviants, etc.). Les concepts de santé, de prévention et de protection doivent être intégrés, et un cadre de référence commun aux différents départements ministériels nationaux doit être élaboré, à travers un consensus interministériel et en associant les partenaires de la société civile. Il faut aussi intégrer les critères relatifs aux comportements et aux pratiques réelles des jeunes dans la stratégie. Sa faisabilité doit être garantie par la proposition d'actions appropriées au contexte socio culturel qui permettront une évolution positive.

La question de la formation professionnelle peut être travaillée au niveau des quatre pays à travers deux axes et l'implication de quelques représentants des différents ministères. La santé concerne tous les pays, et les malades doivent avoir le même niveau de prise en charge. Plaidons ensemble au sein de l'UNESCO pour unifier notre langage, avoir un appui politique et davantage de poids vis-à-vis des bailleurs de fonds. Cela nécessite une coopération.

Nous pouvons mettre en place des modes innovants de partage, notamment à travers un forum des sociétés civiles maghrébines. Un groupe de réflexion régional pour discuter des priorités permettrait de se réunir et d'avancer sur certaines questions, car nous devons créer des espaces de discussions autour de nos problématiques communes, et faire du plaidoyer pour une rencontre maghrébine à plus haut niveau politique. Nous ne sommes pas au même niveau sur le terrain, par exemple le débat n'est pas ouvert sur le papillomavirus en Tunisie alors qu'il l'est au Maroc.

Pr. Abdessamad Dialmy, Sociologue, expert de la sexualité des jeunes maghrébins : M. Abassi parle de contraintes socio culturelles. En tant que chercheur, j'affirme que nous ne pouvons pas parler d'une éducation à la sexualité sans au préalable reconnaître un droit à la sexualité. Pouvons-nous éduquer les jeunes à quelque chose auquel ils n'ont pas droit ? Ce serait pour moi un paradoxe car nous devons éduquer à quelque chose auquel on a droit, les Oulémas ont été impliqués, mais peut-on aller plus loin ?

La notion des bonnes pratiques, qui est en vogue, se définit comme étant des actions concrètes qui donnent de bons résultats. Chaque pays maghrébin a développé certaines bonnes pratiques, nous devons commencer les identifier et les développer. La répliquabilité figure parmi les critères des bonnes pratiques, une action applicable en Mauritanie doit pouvoir être transportable dans tous les pays maghrébins pour aboutir à une stratégie régionale.

En tant que chercheur, je souhaiterais disposer d'une base de données et d'une bibliographie maghrébine. Quelles connaissances avons-nous sur la sexualité des jeunes ? Il faut réaliser une enquête à l'échelle du Maghreb pour faire un diagnostic et identifier les tendances sur les addictions, la violence, la sexualité des jeunes.

Il existe des organes de coopération dans le domaine de la santé scolaire au niveau maghrébin, qui organisent chaque année des semaines de santé scolaire et universitaire avec un thème commun défini tous les quatre ans. Il faut plaider auprès de ces organes et les saisir pour créer un groupe d'experts en matière de santé des jeunes. L'OMS développe des modules communs en matière d'éducation à la santé (*global student survey*) pour les enfants scolarisés de 13 à 15 ans, que nous pourrions utiliser comme base de comparaison.

Enfin, l'Union du Maghreb Arabe est une institution qui pourrait appuyer ce domaine et offrir des opportunités. Je propose que son secrétaire soit invité à la prochaine rencontre.

Mauritanien : Nous avons à notre niveau les mêmes responsabilités, mais partageons-nous les mêmes principes ? Comme l'a dit très justement M. Abassi, nous avons beaucoup de choses communes, en particulier sur l'aspect religieux, mais aussi des spécificités. Nous sommes tenus d'avoir une riposte opérationnelle et fonctionnelle sur cette problématique. Qu'est-ce qui nous empêche d'élaborer un programme dans les trois domaines que sont la santé, la prévention et la protection, et d'inviter des chercheurs et professeurs dans ce cadre ? Une de nos faiblesses, sur les plans administratifs, organisationnels et politiques, est de disposer d'une vision pour le plaider. Je suis personnellement convaincu de la nécessité d'une stratégie commune maghrébine sur la question de la promotion de la santé des jeunes, et plaiderai auprès du Ministère de la Santé en faveur de la mise en place des actions dans ce domaine, car elles sont vitales et fondamentales. Or cela dépend entièrement de ma volonté, de ma technicité et de ma vision des choses. Nous devons convaincre les décideurs, pour ensuite obtenir des financements auprès des bailleurs grâce au plaider.

En résumé, je recommande aux décideurs d'élaborer une stratégie maghrébine de promotion de la santé, en en constituant un groupe de chercheurs chargé d'élaborer cette stratégie selon un calendrier établi au préalable.

LISTE DES SIGLES

ACP	Assemblée Populaire Communale
ACTé EA	Activité, Connaissance, Transmission, Éducation
ADS	Agence de Développement Social
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALCS	Association de Lutte Contre le SIDA
AMPF	Association Marocaine de Planification Familiale
ANEM	Agence Nationale de l'Emploi
ANGEM	Agence Nationale de Gestion du Microcrédit
ANSEJ	Agence nationale de soutien à l'emploi de jeunes
APE	Association des Parents d'Élèves
ATL MST/SIDA	Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le SIDA
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CC	dans stratégie Mauritanie
CDVA	Centre de Dépistage Volontaire et Anonyme
CERED	Centre d'Études et de Recherches Démographiques
CESEM-HEM	Centre d'Études Sociales, Économiques et Managériales de l'Institut des Hautes Études Management
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAC	Caisse Nationale d'Assurance Chômage
CNLS	Comité National de Lutte Contre le VIH/SIDA
CRASC	Centre National de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle
CRLS	Comité Régional de Lutte Contre le VIH/SIDA
CS	Centre de Santé
CSLS	Coordination Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA
DELM	Direction de l'Épidémiologie et de Lutte contre les Maladies
DNES	Direction de la Nutrition et l'Éducation Sanitaire
DOA	dans AIDS Algérie
DP	dans stratégie Maroc
DREN	Direction Régionale de l'Éducation Nationale
DVD	Digital Versatile Disc
EHS	Établissement Hospitalier Spécialisé
ENI	École Normale des Instituteurs
ENI	École Normale Supérieure
ESAV	Ecole Supérieure des Arts Visuels
ESJ	Espaces Santé Jeunes
FM	dans Rabita des Oulémas
FMI	Fonds Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GRAS	Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé
GSHS	Global School-based Student Health
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IC	dans stratégie Mauritanie
IDEN	Inspection Départementale de l'Éducation Nationale
IEC	Information, Éducation, Communication
IFCS	Instituts de Formation des Cadres de Santé
IFORD	Institut de Formation et de Recherche Démographiques
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
INSAF	Institution Nationale De Solidarité Avec Les Femme
ISH	In Situ Hybridization

IST	Infection Sexuellement Transmissible
JO	Journal Officiel
MAP	dans stratégie Mauritanie
MARP	Most At Risk Populations
MCV	Maladie Cardiovasculaire
MD	dans biblio Dialmy
MENA	Middle East and North Africa
MNT	Maladies Non Transmissibles
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OBC	Organisation à Base Communautaire
OG	Organisation Gouvernementale
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies/SIDA
OPALS	Organisation Panafricaine de Lutte contre le SIDA
ORC	Opinion Research Corporation
OSC	Organisation de la Société Civile
PE	Pairs Éducateurs
PNDSE	Programme National de Développement du Secteur Éducatif
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNSAS	Politique Nationale de Santé et d'Action Sociale
PNSHNE	Politique Nationale de Santé, d'Hygiène et de Nutrition à l'École
PNSSU	Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
RANCS	Réseau Associatif National Contre le SIDA
SAJ	Service d'Aide à la Jeunesse
SARP	Société Algérienne de Recherche en Psychologie
SEDAC	Service d'Expertise en Dépistage Anonyme et Conseil
SEJ	Service de l'Enfance et de la Jeunesse
SENL	Secrétariat Exécutif National de Lutte Contre le VIH/SIDA
SERLS	Secrétariat Exécutif Régional de Lutte Contre le VIH/SIDA
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMS	Short Message Service
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SSU	Santé Scolaire et Universitaire
SVT	Sciences de la Vie et de la Terre
UDS	Unité de Dépistage et de Suivi
UIEPS	Union Internationale de Promotion et d'Éducation pour la Santé
UK	United Kingdom
UMP	Unité de Médecine Préventive
UN	United Nations
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
US	United States
USTO	Université des Sciences et de la Technologie d'Oran
VFG	Violence Fondée sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
YAP	Youth Advisory Panel
Y-PEER	Youth Peer Education Network

1ère session – Promotion de la santé des jeunes au Maghreb : Visions stratégiques

Discussions et échanges

Modérateur : Nous faisons toujours référence à trois ministères (Éducation Nationale, Santé, Jeunesse et Sports) dans le domaine de la promotion de la santé chez les jeunes, mais n’y en a-t-il pas d’autres qui pourraient être associés ?

Dr. Abdatt Ould Abbe, Directeur des ressources humaines au Ministère de la Santé (Mauritanie) : Il est important de préciser que la lutte contre le VIH doit nécessairement être multisectorielle. Je voudrais également souligner que la stratégie nationale de la Mauritanie doit prendre en compte six axes :

- La disponibilité des services de la santé et de l’éducation sur tout le territoire.
- L’accessibilité financière aux services de soins : Le système est jusqu’à présent gratuit, mais les antirétroviraux sont chers et ne sont parfois pas disponibles.
- Le Sida est toujours un tabou en Mauritanie et le refus religieux d’utiliser le préservatif est très présent. Au Maroc le taux de contraception est faible, en Mauritanie il est inexistant.
- La lutte contre les maladies pânit du problème de manque de ressources humaines qualifiées et de disponibilité des médicaments. Nous devons revoir toutes nos stratégies. Est-on sur que le taux de prévalence du Sida est de 1% en Mauritanie ? Les personnes touchées par le virus sont très mal intégrées dans leurs familles ce qui entraîne un problème psycho-social.
- Le problème de finances : «la santé n’a pas de prix mais des coûts», nous devons prendre en charge les coûts de la santé et mobiliser d’autres fonds.
- Le suivi et l’évaluation est très faible.

Mme Najat El Arabi, Ministère de la Santé (Maroc) : D’autres départements peuvent être impliqués, comme le Ministère de l’Intérieur, la Direction Générale des Collectivités Locales et la Sureté Nationale. Les jeunes ont un accès facile aux cigarettes au détail, aux drogues : Le Ministère de la Santé et la Sureté Nationale peuvent contribuer à assainir l’environnement. Un plan d’action conjoint d’appui pour répondre aux besoins des jeunes a été signé le 8 janvier avec le FNUAP.

M. Driss Benseddick, Ministère de la Jeunesse et des Sports (Algérie) : Il est nécessaire de toucher la population juvénile non scolarisée et d’avoir une collaboration transversale avec les psychologues, les médecins, les directeurs d’écoles et le Ministère de la Formation Professionnelle. Les pouvoirs publics ne peuvent pas faire la prévention seuls, la société civile doit aussi réagir et prendre le relais. Il faut considérer les associations de la société civile comme de vrais partenaires.

Dr. Mounira Garbouj, Directrice de la médecine Scolaire et Universitaire, Ministère de la Santé (Tunisie) : Avec la transition démographique et les différents besoins des populations, une place clé doit être accordée à la promotion de la santé dans les plans de développement. Cela ne doit pas seulement être l’apanage du Ministère de la Santé, il faut plaider par tous les moyens pour intégrer la santé dans les différents plans sectoriels. Les ONG et les organisations internationales jouent un rôle fondamental, mais une bonne coordination est nécessaire, à travers une convention cadre où les rôles de chacun sont définis. Pour la promotion de la santé des jeunes, il faut des plans sérieux qui soient évalués.

Mme Yewguiha Ba Taleb, Ministère de l’Éducation (Mauritanie) : Il faut associer tous les acteurs, à savoir les ONG, la société civile, les syndicats, les Ministères de la Santé, de la Défense, de la Culture et des Affaires Islamiques, avec des passerelles entre ces ministères comme en Mauritanie où nous avons un Secrétariat Exécutif National et Régional de Lutte contre le Sida. Nous avons également mis en place des commissions avec les professeurs et les enseignants pour communiquer aux élèves, ainsi que des modules de formation validés par différents acteurs et départements. Le Ministère de l’Éducation Nationale et de la Jeunesse ont publié un guide de référence sur comment changer les pratiques pour de bons comportements. Des études comportementales ont été menées, notamment en 2007 auprès des prisonniers. La lutte contre le VIH/Sida se poursuit au niveau du privé : les grandes entreprises proposent d’offrir le dépistage.

M. Adel Zeddami, Administrateur d'ONUSIDA (Algérie) : Avoir des données permet d'orienter les réponses, or en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive des jeunes, il est difficile d'avoir des données au niveau national pour élaborer des stratégies.



***Bureau Multipays pour
l'Algérie, le Maroc, La
Mauritanie et la Tunisie***

Bureau Multipays de l'UNESCO, pour l'Algérie, le Maroc, la Mauritanie et la Tunisie,

Kilomètre 5.3, Avenue Ain Khalouyia, Routes des Zaïrs

Phones : + 212 (0) 537 75 09 19/75 57 22/65 77 68, Copie : 65 77 22

Adresse électronique : robot@unesco.org