sieccan

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

QUESTIONS ET RÉPONSES :

L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE À L'ÉCOLE ET DANS D'AUTRES MILIEUX

NOUS VOULONS CONNAÎTRE VOTRE AVIS

VISITEZ
WWW.EVALUATIONQUESTIONSREPONSES.CA
POUR NOUS FAIRE PART DE VOS COMMENTAIRES SUR LA RESSOURCE *QUESTIONS ET RÉPONSES : L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE À L'ÉCOLE ET DANS D'AUTRES MILIEUX*

PARTAGEZ VOS COMMENTAIRES ET PARTICIPEZ AU TIRAGE D'UNE **CARTE-CADEAU VISA!**

REMERCIEMENTS

FINANCEMENT

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

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

LE CIÉSCAN

Alexander McKay
Directeur général,
CIÉSCAN, Toronto, Ontario

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

Jessica Wood
Spécialiste en recherche,
CIÉSCAN, Guelph, Ontario

CONSULTATION/RÉVISION

Le CIÉSCAN tient à remercier les personnes suivantes pour leurs commentaires, leurs contributions et leur révision de différentes parties de ce document :

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

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

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

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

Charlotte Loppie
Auteure de la Question 6
École de santé publique et de politiques sociales,
Université de Victoria, Victoria, Colombie-Britannique

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

Katie Roberton
Coordonnatrice de la formation continue,
Ending Violence Association of Canada,
Vancouver, Colombie-Britannique

Le graphisme est de **Pam Sloan Designs**

La traduction française est de **Jean Dussault**

Ce document a été rédigé par Jessica Wood, Alex McKay et Jocelyn Wentland.

Citation suggérée :
CIÉSCAN. (2020). *Questions et réponses : L'éducation en matière de santé sexuelle à l'école et dans d'autres milieux*. Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).

© 2020 Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN)

235 Danforth Avenue, Suite 400, Toronto, ON, M4K 1N2.
Tél. : 416-466-5304
www.sieccan.org

QUESTIONS ET RÉPONSES : L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE À L'ÉCOLE ET DANS D'AUTRES MILIEUX

Des réponses fondées sur la recherche, à des questions courantes sur l'éducation à la santé sexuelle à l'école et dans d'autres milieux

INTRODUCTION 6

PARTIE A : L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE : UN APERÇU

1. Pourquoi est-il important que les jeunes aient accès à une éducation complète à la santé sexuelle? 10
2. Pourquoi est-il important que les adultes aient accès à une éducation complète à la santé sexuelle? 16
3. Pourquoi est-il important que les aîné-es aient accès à une éducation complète à la santé sexuelle? 21
4. Quels principes éclairent et orientent l'éducation complète à la santé sexuelle? 24
5. Quels sont les éléments clés de programmes efficaces d'éducation à la santé sexuelle? 26
6. Par *Charlotte Loppie*
   Comment l'éducation complète à la santé sexuelle peut-elle contribuer à répondre aux besoins d'éducation des peuples autochtones, y compris les communautés des Premières Nations, d'Inuits et de Métis? 30
7. Comment l'éducation complète à la santé sexuelle peut-elle contribuer à atténuer la violence et la discrimination sexuelles et fondées sur le genre? 33
8. Quels sont les bienfaits économiques de la mise en œuvre d'une éducation complète à la santé sexuelle? 38

PARTIE B : L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE À L'ÉCOLE

9. Existe-t-il des données démontrant que l'éducation complète à la santé sexuelle peut réduire les résultats négatifs et accroître les résultats positifs de santé sexuelle chez les jeunes? 42
10. Les programmes visant uniquement l'abstinence sont-ils une forme efficace d'éducation à la santé sexuelle à l'école? 45
11. La prestation d'une éducation complète à la santé sexuelle à l'école conduit-elle à l'activité sexuelle plus précoce ou plus fréquente? 48
12. Les parents sont-ils en faveur de l'éducation à la santé sexuelle à l'école? 50

13. Qu'attendent les jeunes de l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles? 53

14. Pourquoi est-il important que l'éducation à la santé sexuelle à l'école soit inclusive des besoins éducationnels et des expériences vécues des élèves LGBTQI2SNA+? 55

15. Pourquoi est-il important d'offrir aux élèves ayant un handicap physique et/ou développemental une éducation à la santé sexuelle adaptée à leurs besoins? 58

16. Pourquoi est-il important d'inclure le consentement dans le contenu de l'éducation complète à la santé sexuelle? 60

17. Pourquoi est-il important d'inclure l'identité de genre dans le contenu de l'éducation complète à la santé sexuelle? 64

18. Pourquoi est-il important d'inclure les compétences liées aux technologies de communication dans le contenu de l'éducation complète à la santé sexuelle? 67

19. Pourquoi est-il important d'inclure les compétences en littératie médiatique dans le contenu de l'éducation complète à la santé sexuelle? 70

PARTIE C : L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE DANS D'AUTRES MILIEUX

20. Pourquoi est-il important de soutenir les parents et tuteur(-trice)s dans leur rôle d'éducation en matière de sexualité auprès de leurs enfants? 73

21. Pourquoi les établissements servant des aîné-es devraient-ils avoir la capacité de fournir une éducation complète à la santé sexuelle? 75

22. Pourquoi les centres de détention et établissements correctionnels devraient-ils donner accès à une éducation complète à la santé sexuelle? 77

23. Pourquoi est-il important que les fournisseur(-euse)s de soins primaires jouent un rôle clé dans la prestation de l'éducation à la santé sexuelle? 80

24. Pourquoi est-il important que les organismes qui servent des personnes ayant des handicaps physiques et/ou développementaux aient la capacité de fournir une éducation complète à la santé sexuelle? 84

INTRODUCTION

> ***La santé sexuelle est un aspect central et multidimensionnel de la santé et du bien-être généraux. Elle nécessite l'atteinte de résultats positifs et la prévention de résultats qui peuvent affecter négativement la santé sexuelle.***
> (CIÉSCAN, 2019)

En principe, toutes les personnes au Canada ont le droit à l'information et aux possibilités de développer la motivation et les compétences nécessaires pour prévenir des résultats négatifs en santé sexuelle (p. ex., infections transmissibles sexuellement [ITS], agression et coercition sexuelles) et pour améliorer leur santé sexuelle (p. ex., image de soi positive, capacité d'avoir des relations interpersonnelles respectueuses et satisfaisantes).

L'Agence de la santé publique du Canada reconnaît l'importance de l'éducation à la santé sexuelle pour répondre à un éventail d'enjeux liés à la promotion de la santé sexuelle chez les Canadien-nes (Agence de la santé publique du Canada, 2008; 2010a; 2010b; 2013). L'accès à une éducation complète et efficace en matière de santé sexuelle est un facteur crucial qui contribue à la santé et au bien-être des individus, au Canada.

Il existe de nombreuses possibilités pour la prestation d'une éducation complète à la santé sexuelle tout au long de la vie. Des programmes scolaires sont primordiaux pour fournir ce type d'éducation aux jeunes. D'autres milieux, comme les soins primaires et les organismes communautaires, sont essentiels à la prestation d'une éducation en matière de santé sexuelle aux adultes et aux membres de diverses populations qui n'ont peut-être pas toujours accès à une éducation de qualité sur le sujet. Les intervenant-es en éducation et les autres professionnel-les de ces milieux devraient être soutenu-es dans leurs efforts pour fournir une éducation efficace en matière de santé sexuelle et assurer un accès équitable à celle-ci pour tous les individus au Canada.

Le Canada est une société pluraliste où des personnes ayant différentes valeurs philosophiques, culturelles et religieuses vivent ensemble dans la reconnaissance et le respect des libertés et droits fondamentaux auxquels a droit toute personne dans une société démocratique. D'un point de vue philosophique, le présent document reflète l'approche démocratique et fondée sur des principes de l'éducation à la santé sexuelle, exposée dans la version révisée (2019) des *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (CIÉSCAN, 2019).

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* reposent sur le principe selon lequel cette éducation devrait être accessible à tous les individus et fournie d'une manière appropriée à l'âge, sensible à la culture et respectueuse du droit de chacun-e de faire des choix éclairés concernant la santé sexuelle et génésique. Cette approche est conforme à la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui garantit à tou-te-s les Canadien-nes les droits à la liberté et à la sécurité de la personne ainsi qu'à la liberté de pensée, de croyance et d'opinion.

L'éducation à la santé sexuelle guidée par des principes démocratiques fournit des informations complètes et exactes afin que chaque personne ait la capacité de prendre des décisions éclairées qui influencent directement sa santé et son bien-être.

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE À L'ÉCOLE

Afin d'assurer que les jeunes disposent des informations, de la motivation et des compétences nécessaires pour protéger et améliorer leur santé sexuelle et génésique, **« il est impératif que le système scolaire (en collaboration avec les parents, la communauté et les professionnels de la santé) joue un rôle important dans les efforts d'éducation et de promotion en matière de santé sexuelle »** (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2004, p. 601).

Comme l'affirment les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* :

« Puisque les écoles sont les seuls établissements formels d'éducation qui ont un contact significatif (et obligatoire) avec presque toutes les jeunes personnes, elles sont dans une position incomparable pour fournir aux enfants, aux jeunes ainsi qu'aux jeunes adultes une éducation complète à la santé sexuelle qui leur inculque les connaissances, la motivation et les habiletés dont ils et elles auront besoin pour prendre et appliquer, pendant toute leur vie, des décisions propices à la santé et au bien-être sexuels. » (CIÉSCAN, 2019, p. 73)

Entre autres contributions fondamentales au développement et au bien-être des jeunes, l'éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire peut jouer un rôle crucial dans la prévention primaire d'importants problèmes de santé sexuelle. Comme le démontrent les prochaines sections de la présente ressource, des programmes d'éducation à la santé sexuelle adéquatement planifiés et mis en œuvre peuvent aider efficacement les jeunes à réduire leur risque d'ITS et de grossesse non intentionnelle, en plus d'atténuer l'homophobie et la violence fondée sur le genre.

En outre, il convient de souligner qu'un objectif important de l'éducation à la santé sexuelle est l'enseignement sur des aspects plus larges de la santé sexuelle, incluant le développement d'une image de soi positive et l'intégration de la sexualité dans des relations interpersonnelles gratifiantes et équitables (CIÉSCAN, 2019).

L'ÉDITION 2020 DE LA RESSOURCE *QUESTIONS ET RÉPONSES : L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE À L'ÉCOLE ET DANS D'AUTRES MILIEUX* DU CIÉSCAN

On demande souvent aux intervenant-es en éducation, aux professionnel-les de la santé publique, aux administrateur(-trice)s et à d'autres personnes engagées dans la prestation d'une éducation en santé sexuelle de qualité d'expliquer la raison d'être, la philosophie et le contenu de programmes d'éducation à la santé sexuelle proposés ou existants.

L'édition 2020 de la ressource *Questions et réponses : L'éducation en matière de santé sexuelle à l'école et dans d'autres milieux* du CIÉSCAN vise à favoriser la prestation d'une éducation de qualité en matière de santé sexuelle au Canada. Elle fournit des réponses fondées sur la recherche à des questions clés que se posent souvent les parents, les communautés, les intervenant-es en éducation, les planificateur(-trice)s de programmes, les administrateur(-trice)s des domaines de l'éducation et de la santé et les gouvernements, concernant l'éducation à la santé sexuelle.

La nouvelle édition conserve le point de mire des versions antérieures sur l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles, mais a été élargie pour inclure d'autres intervenant-es et d'autres milieux qui fournissent une éducation en matière de santé sexuelle (p. ex., soins de santé primaire, parents/tuteur(-trice)s, organismes pour personnes âgées).

INTRODUCTION

L'édition 2020 de la ressource *Questions et réponses : L'éducation en matière de santé sexuelle à l'école et dans d'autres milieux* inclut :
1. de nouvelles données tirées de l'Enquête nationale auprès des parents *[National Parent Survey]* du CIÉSCAN, qui a sondé les opinions et attitudes à l'égard de l'éducation à la santé sexuelle de 2 000 parents et tuteur(-trice)s du Canada ayant des enfants à l'école primaire ou secondaire; et
2. les plus récentes recherches disponibles auprès de *Statistique Canada* et d'autres sources.

Les réponses à des questions courantes sur l'éducation à la santé sexuelle fournies dans ce document sont basées sur les conclusions de recherches scientifiques récentes et dignes de confiance. Une approche fondée sur des données probantes, combinée au respect des droits individuels dans une société démocratique, offre une solide base pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'éducation en matière de santé sexuelle de grande qualité, au Canada.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada. http://sieccan.org/wp-content/uploads/2018/05/2008-Guidelines_French.pdf

Agence de la santé publique du Canada. (2010a). *Questions et réponses : L'orientation sexuelle à l'école.* Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada. http://www.sieccan.org/pdf/phac_orientation_qa-fr.pdf

Agence de la santé publique du Canada. (2010b). *Questions et réponses : L'identité sexuelle à l'école.* Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada. http://sieccan.org/wp-content/uploads/2018/05/phac_genderidentity_qa-french.pdf

Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Questions et réponses : Éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes ayant une incapacité physique.* Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada. http://sieccan.org/wp-content/uploads/2018/05/phac-sexual-health-education-physical-disabilities-French.pdf

CIÉSCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

CIÉSCAN. (2020). *National Parent Survey: Canadian parents' opinions on sexual health education in schools.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2004). Déclaration de principe de la SOGC : Santé sexuelle : Éducation et promotion en milieux scolaires et parascolaires au Canada. *JOGC*, 26, 596-600.

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

PARTIE A :

L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE : UN APERÇU

© Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

QUESTION 1 :

POURQUOI EST-IL IMPORTANT QUE LES JEUNES AIENT ACCÈS À UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE?

Les jeunes font face à plusieurs tâches développementales pertinentes à leur santé et bien-être sexuels, pendant l'enfance et l'adolescence. Par exemple, les jeunes acquièrent un sentiment d'autonomie, développent des relations interpersonnelles, établissent un sentiment de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle et traversent les changements sociaux, physiques et mentaux qui s'associent à la puberté (Rathus et coll., 2020).

> L'éducation complète à la santé sexuelle peut aider les jeunes à s'orienter dans ces tâches de développement, en leur fournissant l'information et les habiletés pour améliorer leur santé sexuelle et pour éviter des résultats négatifs en santé sexuelle.

AMÉLIORER LA SANTÉ SEXUELLE DES JEUNES

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SEXUELS

L'éducation à la santé sexuelle devrait aborder les aspects positifs de la sexualité humaine (CIÉSCAN, 2019a). La santé sexuelle est reliée de manière positive à la santé en général et elle a des implications pour le bien-être psychologique (Anderson, 2013). Les jeunes souhaitent connaître les enjeux concernant l'amélioration de la santé sexuelle, y compris le plaisir, la communication, comment avoir de saines relations, de même que la compréhension de l'identité (Larkin et coll., 2017; Phillips & Martinez, 2010; Pound et coll., 2016; Wilson et coll., 2018).

Il est également important que les jeunes développent une image positive de soi et cultivent des relations saines (Hensel et coll., 2011; Johns et coll., 2018). Le développement de relations de grande qualité au cours de l'adolescence et du début de l'âge adulte est relié de manière positive à des indicateurs du bien-être (p. ex., bonheur, satisfaction dans la vie) (Gómez-López et coll., 2019).

Les résultats de l'Enquête nationale auprès des parents *[National Parent Survey]* réalisée en 2020 par le CIÉSCAN indiquent que 84 % des parents sont d'accord avec l'idée selon laquelle l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles devrait **« intégrer une approche équilibrée qui inclut les aspects positifs de la sexualité et des relations, de même que la prévention des problèmes de santé sexuelle comme les ITS, la grossesse non planifiée et la violence sexuelle ».** La majorité des parents (87 %-99 %) sont d'accord que les thèmes suivants concernant l'amélioration de la santé sexuelle devraient faire partie de l'éducation à la santé sexuelle offerte à l'école : image corporelle, estime de soi, attirance, amour et intimité, communication, plaisir sexuel, de même que les éléments émotionnels des relations sexuelles.

L'éducation à la santé sexuelle peut aider à rehausser la santé et le bien-être sexuels des jeunes personnes, au Canada, **« en englobant les aspects individuels, interpersonnels et positifs de la sexualité humaine »** (CIÉSCAN, 2019a, p.14) et en outillant les jeunes au moyen de l'information et des habiletés requises pour prendre des décisions éclairées.

SANTÉ GÉNÉSIQUE

Il est impératif que les jeunes personnes soient outillées pour faire des choix éclairés et en toute autonomie en ce qui concerne leur santé génésique. Des sondages nationaux ont établi que les femmes canadiennes de moins de 20 ans sont plus susceptibles que celles de plus de 20 ans d'avoir une grossesse non planifiée (Oulman et coll., 2015).

De plus, il est probable qu'une forte proportion des grossesses d'adolescentes soient non intentionnelles (Di Meglio et coll., 2019). Les taux de grossesses adolescentes sont par conséquent un indicateur raisonnablement direct des possibilités et de la capacité des jeunes personnes (plus précisément des jeunes femmes, trans et non binaires) d'exercer un contrôle sur cet aspect de leur santé sexuelle et génésique (McKay, 2012).

Au Canada, les taux de grossesse (c.-à-d. naissances en vie et avortements induits) parmi les adolescentes plus jeunes (de 15 à 17 ans) et plus âgées (de 18 à 19 ans) ont chuté considérablement au cours des quelques récentes décennies (McKay, 2012; Statistique Canada, 2020a). Il est probable que l'accès aux moyens contraceptifs et leur utilisation aient contribué à la baisse du taux de grossesse (McKay & Barrett, 2010). D'après les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* 2015/2016, 60 % des personnes sexuellement actives de 15 à 24 ans ont déclaré avoir utilisé des condoms et 48 % ont déclaré avoir utilisé la pilule contraceptive comme méthode de protection lors de leur plus récente relation sexuelle (Statistique Canada, 2020b).

Un examen d'interventions en éducation à la santé sexuelle auprès d'adolescent-es a permis d'établir ceci :

l'éducation à la santé sexuelle a amélioré les connaissances sur la santé sexuelle (incluant la contraception) et conduit à une hausse de l'utilisation de contraceptifs et de condoms (Salem et coll., 2016).

L'éducation à la santé sexuelle peut aider les jeunes à prendre conscience des facteurs contextuels pouvant influencer leur capacité de négociation du sexe plus sécuritaire et des options contraceptives. Par exemple, la négociation de l'utilisation du condom peut être affectée par le genre, la motivation relationnelle, une dynamique de pouvoir au sein d'une relation ainsi que l'autoefficacité en matière d'utilisation du condom (c.-à-d. le degré de confiance d'une personne quant à sa capacité d'utiliser un condom) (Closson et coll., 2018; Langen, 2005; Skakoon-Sparling & Cramer, 2019).

L'éducation à la santé sexuelle peut également aider à fournir aux jeunes les habiletés et informations nécessaires pour surmonter les barrières systémiques à l'accès à des services de santé génésique (CIÉSCAN, 2019a). Les jeunes qui reçoivent une éducation complète à la santé sexuelle abordant les aspects de la sexualité qui sont individuels, interpersonnels et liés aux droits savent mieux comment avoir accès à des services et informations en matière de santé et sont plus susceptibles de déclarer faire usage de services de santé sexuelle (Rohrbach et coll., 2015).

L'éducation complète à la santé sexuelle est nécessaire afin d'assurer que les jeunes femmes et les jeunes trans et non binaires aient continuellement la capacité de prendre des décisions éclairées et en toute autonomie, en ce qui concerne leur santé sexuelle et génésique.

Il est essentiel que toutes les jeunes personnes, au Canada, reçoivent des informations concises, à jour et médicalement exactes à propos de la santé génésique et des options contraceptives, de même que des informations concernant l'accès à des services de santé sexuelle.

PRÉVENIR LES RÉSULTATS NÉGATIFS DE SANTÉ SEXUELLE CHEZ LES JEUNES

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) peuvent avoir d'importantes répercussions néfastes sur la santé et le bien-être des jeunes, au Canada. La chlamydia, la gonorrhée et le VPH sont répandus parmi les jeunes et, laissés non traités, impliquent d'importants défis physiques, sociaux et de santé mentale (Choudhri et coll., 2018a; Agence de la santé publique du Canada, 2014 et 2017; Steben et coll., 2018).

La chlamydia fait partie des ITS les plus souvent déclarées, au Canada; le nombre de nouveaux cas diagnostiqués croît constamment depuis les années 1990 (Choudhri et coll., 2018a); les taux de cas déclarés ont augmenté de près de 50 % entre 2005 et 2014 (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Bien qu'une part de cette augmentation puisse être attribuable à une amélioration des pratiques de dépistage et des méthodes diagnostiques, le nombre de jeunes qui contractent la chlamydia est considérable et les taux les plus élevés s'observent parmi les jeunes et les jeunes adultes (Choudhri et coll., 2018a; Agence de la santé publique du Canada, 2017).

De même, les taux de gonorrhée continuent d'augmenter au Canada et l'on s'inquiète de plus en plus de l'émergence de souches résistantes aux antibiotiques (Agence de la santé publique du Canada, 2013). Les jeunes et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans) ont déclaré des taux élevés d'infection (Choudri et coll., 2018b).

L'infection à virus du papillome humain (VPH) est l'ITS la plus répandue au Canada; on estime que 75 % des personnes sexuellement actives la contracteront au moins une fois au cours de leur vie (Koutsky, 1997; Agence de la santé publique du Canada, 2014). Des recherches indiquent que la prévalence du VPH parmi les jeunes adultes est élevée également, avec des estimations dépassant les 50 % (Burchell et coll., 2010; Winer et coll., 2008). Certaines souches de l'infection à VPH sont responsables de divers types de cancers, y compris des cancers du col utérin, anogénitaux, de la tête et du cou (Comité consultatif national de l'immunisation, 2016).

Des taux élevés d'ITS conduiront à d'importants résultats négatifs de santé, au Canada, qui pourraient toutefois être prévenus (p. ex., cancer, douleur pelvienne chronique, infertilité).

L'éducation à la santé sexuelle dans les écoles peut jouer un rôle important pour assurer que les jeunes détiennent les connaissances nécessaires pour prévenir les ITS.

UTILISATION DU CONDOM

L'usage du condom parmi les jeunes personnes canadiennes sexuellement actives est relativement élevé. D'après des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2015/2016 (Statistique Canada, 2020b), environ 80 % des jeunes personnes de 15 à 17 ans qui sont sexuellement actives ont déclaré avoir utilisé un condom lors de leur

plus récente relation sexuelle. **Cependant, une tendance persistante se manifeste : les taux élevés d'usage du condom chez les adolescent-es sexuellement actif(-ve)s diminuent avec l'âge; le taux d'usage du condom lors de la plus récente relation sexuelle diminue à 67 % chez les 18-19 ans, et à 55 % chez les 20-24 ans** (Statistique Canada, 2020b). Dans une étude canadienne auprès d'étudiant-es universitaires, moins de 50 % ont répondu avoir utilisé un condom lors de leur plus récente relation sexuelle (Milhausen et coll., 2013).

Plusieurs raisons expliquent que des jeunes puissent ne pas utiliser de condom lors de leurs rapports sexuels.

D'après les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* 2015/2016, les 15-24 ans ont déclaré les raisons suivantes pour n'avoir pas utilisé de condom lors de leur plus récente relation sexuelle :
48 % relation monogame
47 % utilisation d'une autre méthode
22 % n'aiment pas les condoms
10 % pas de condom à disposition Statistique Canada (2020b)

La propension des adolescent-es plus âgé-es et des jeunes adultes sexuellement actif(-ve)s au Canada à cesser d'utiliser des condoms est un indice clair que plusieurs jeunes au Canada sous-estiment leur risque d'ITS (p. ex., les taux déclarés de chlamydia et d'autres ITS sont les plus élevés chez les 20 à 24 ans).

Les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* 2015/2016 ont indiqué que :
26 % des jeunes personnes de 15 à 17 ans et 23 % des 18-19 ans ont déclaré ne **pas** avoir utilisé de condom lors de leur plus récente relation sexuelle parce qu'elles ne croyaient pas être à risque de contracter une ITS. (Statistique Canada, 2020b).

Le VPH peut se transmettre facilement par le sexe oral, bien qu'un faible nombre de jeunes personnes déclarent avoir utilisé des méthodes barrières lors de leur plus récente activité sexuelle orale. Par exemple, 7 % des étudiant-es universitaires canadien-nes ont déclaré avoir utilisé une méthode barrière (p. ex., un condom, une digue dentaire) la dernière fois qu'ils ou elles ont donné un contact sexuel oral; et 6 % ont déclaré avoir utilisé une méthode barrière la dernière fois qu'ils ou elles ont reçu un tel contact (CIÉSCAN, 2019b).

Afin de réduire le fardeau d'ITS chez les jeunes, il est nécessaire de donner une éducation à la santé sexuelle qui fournit une information complète sur les ITS et sur la réduction des risques d'ITS.

DÉFIS POUR LES JEUNES LGBTQI2SNA+

Comme nous en parlons dans la Question 14, il arrive souvent que l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles soit présentée principalement ou entièrement dans un contexte hétérosexuel; elle peut, par conséquent, négliger les besoins des jeunes LGBTQI2SNA+. Dans la Question 17, nous expliquons les défis additionnels que rencontrent les jeunes

LGBTQI2SNA+ : *Lesbiennes, gais, bisexuel-les, trans, queer, intersexué-es, bispirituel-les, non binaires, asexuel-les et autres identités émergentes.*

trans et de genres divers, dans les écoles, et pourquoi il est nécessaire que l'éducation complète à la santé sexuelle englobe l'identité de genre.

PRÉVENIR LA VIOLENCE ET LA DISCRIMINATION SEXUELLES ET FONDÉES SUR LE GENRE

Dans la Question 7, nous examinons comment l'éducation complète à la santé sexuelle peut contribuer à réduire la violence sexuelle et fondée sur le genre. Dans la Question 16, nous traitons de l'importance d'intégrer le concept du consentement dans le programme d'éducation à la santé sexuelle. Il est de plus en plus reconnu que ceci est nécessaire afin de favoriser des relations équitables et saines et de réduire la fréquence des agressions sexuelles et de la coercition au Canada.

ÉDUQUER LES JEUNES À PROPOS DES TECHNOLOGIES

Dans les Questions 18 et 19, nous examinons comment les technologies (c.-à-d. les téléphones intelligents et Internet) ont fondamentalement modifié, pour les jeunes, la communication au sujet de la sexualité ainsi que l'exposition et l'absorption d'informations et d'imagerie liées à la sexualité. Le sextage et la pornographie en ligne posent des défis à la santé sexuelle des jeunes; par conséquent, ces éléments nécessitent qu'on y porte attention dans le programme d'éducation à la santé sexuelle.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2014). Infections génitales au virus du papillome humain (VPH) : Révisé octobre 2014. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement.* http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-5-fra.php#footnote27

Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2013 – Les maladies infectieuses – une menace perpétuelle.* https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cphorsphc-respcacsp/2013/assets/pdf/2013-fra.pdf

Agence de la santé publique du Canada (2017). *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2013-2014.* Ottawa, Canada.

Anderson, R.M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (angl. : Federal Health Gazette-Health Research-Health Protection), 56*(2), 208-214.

Burchell, A.N., Tellier. P., Hanley, J., Coutlée, F., & Franco, E.L. (2010). Influence of partner's infection status on prevalent human papillomavirus among persons with a new sex partner. *Sexually Transmitted Diseases, 37*(1), 34-40.

Choudhri, Y., Miller, J., Sandhu, J., Leon, A., & Aho, J. (2018a). L'infection à chlamydia au Canada de 2010 à 2015. *Relevé des maladies transmissibles au Canada, 44*(2), 49-54.

Choudhri, Y., Miller, J., Sandhu, J., Leon, A., & Aho, J. (2018) (b). La gonorrhée au Canada de 2010 à 2015. *Relevé des maladies transmissibles au Canada, 44*(2), 37-42.

CIÉSCAN. (2019a). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

CIÉSCAN. (2019b). Trojan/SIECCAN: Sexual health of university students study. Données inédites. Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada. Données disponibles sur demande.

CIÉSCAN. (2020). *National Parent Survey: Canadian parents' opinions on sexual health education in schools.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN).

Closson, K., Dietrich, J.J., Lachowsky, N.J., Nkala, B., Palmer, A., Cui, Z., Beksinska, M., Smit, J.A., Hogg, R.S., Gray, G., Miller, C.L., & Kaida, A. (2018). Sexual self-efficacy and gender: A review of condom use and

sexual negotiation among young men and women in sub-saharan Africa. *Journal of Sex Research, 55*(4-5), 522-539.

Di Meglio, G., Yorke, E., Canadian Paediatric Society, & Adolescent Health Committee. (2019). Universal access to no-cost contraception for youth in Canada. *Paediatric Child Health, 24*(3), 160-164.

Gómez-López, M., Viejo, C., & Ortega-Ruiz, R. (2019). Well-being and romantic relationships: A systematic review in adolescence and emerging adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*, 2415.

Hensel, D.J., Nance, J., O'Sullivan, L., & Fortenberry, D. (2016). The association between sexual health and physical, mental, and social health in adolescent women. *Journal of Adolescent Health, 59*(4), 416-421.

Johns, M.M., Beltran, O., Armstrong, H.L., Jayne, P.E., & Barrios, L.C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *Journal of Primary Prevention, 39*(3), 263- 301.

Koutsky, L.A. (1997). Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *American Journal of Medicine, 102*(5A), 3-8.

Larkin, J., Flicker, S., Flynn, S., Layne, C., Schwartz, A., Travers, R., Pole, J., & Guta, A. (2017). The Ontario sexual health education update: Perspectives from the Toronto teen survey (TTS) youth. *Revue canadienne de l'éducation, 40*(2), 1-24.

Langen, T.T. (2005). Gender power imbalance on women's capacity to negotiate self-protection against HIV/AIDS in Botswana and South Africa. *African Health Sciences, 5*(3), 188-197.

McKay, A. (2012). Trends in Canadian national and provincial/territorial teen pregnancy rates: 2001-2010. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 21* (3-4), 161-176.

McKay, A., & Barrett, M. (2010). Trends in teen pregnancy rates from 1996-2006: A comparison of Canada, Sweden, U.S.A., and England/Wales. *Canadian Journal of Human Sexuality, 19*(1-2), 43-52.

Milhausen, R.R., McKay, A., Graham, C., Crosby, R., Yarber, W., & Sanders, S. (2013). Prevalence and predictors of condom use in a national sample of Canadian university students. *Canadian Journal of Human Sexuality, 22*(3), 142-151.

National Advisory Committee on Immunization (NACI). (2016). *Recommandations mises à jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH) : vaccin nonavalent contre le VPH et précisions sur les intervalles minimums entre les doses dans le calendrier d'immunisation contre le VPH.* Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada.

Phillips, K.P. & Martinez, A. (2010). Sexual and reproductive health education: Contrasting teachers', health partners' and students' perspectives. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique, 101*, 374-379.

Oulman, E., Kim, T.H., Yunis, K., & Tamim, H. (2015). Prevalence and predictors of unintended pregnancy among women: An analysis of the Canadian maternity experiences survey. *BMC Pregnancy and Childbirth, 15*, 260-268.

Pound, P., Langford, R., & Campbell, R. (2016). What do young people think about their school-based sex and relationship education? A qualitative synthesis of young people's views and experiences. *BMJ Open, 6*, e-11329.

Rathus, S.A., Nevid, J.S., Fichner-Rathus, L., McKay, A., & Milhausen, R.R. (dir.). (2020). *Human sexuality in a world of diversity* (6e éd.). Pearson Canada Inc.

Rohrbach, LA., Berglas, N.F., Jerman, P., Angulo-Olaiz F, Chou C.P., & Constantine, N.A. (2015). A rights-based sexuality education curriculum for adolescents: 1-year outcomes from a cluster-randomized trial. *Journal of Adolescent Health, 57*, 399-406.

Salem, R.A., Faqqah, A., Sajjad, N., Lassi, Z.S., Das, J.K., Kaufman, M., & Bhutta, Z.A. (2016). Improving adolescent sexual and reproductive health: A systematic review of potential interventions. *Journal of Adolescent Health, 59*, S11-S28.

Skakoon-Sparling, S., & Cramer, K.S. (2019). Are we blinded by desire? Relationship motivation and sexual risk-taking intentions during condom negotiation. *Journal of Sex Research, 0*(0), 1-14.

Statistique Canada (2020a). *Tableau 13-10-0418-01, Taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (naissances vivantes).* https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310041801&request_locale=fr

Statistique Canada (2020b). *Données personnalisées. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2015/2016.* Ottawa, ON. Statistique Canada.

Steben, M., Thompson, M.T., Rodier, C., Mallette, N., Racovitan, V., DeAngelis, F., Stutz, M., & Rampakakis, E. (2018). A review of the impact and effectiveness of the quadrivalent human papillomavirus vaccine: 10 years of clinical experience in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 40*(2), 1635-1645.

Wilson, K.L., Maness, S.B., Thompson, E.L., Rosen, B.L., McDonald, S., & Wiley, D.C. (2018). Examining sexuality education preferences among youth at risk for poor sexual health outcomes based on social determinants of health factors. *American Journal of Sexuality Education, 13*(3), 283-296.

Winer, R.L., Feng, Q., Hughes, J.P., O'Reilly, S., Kiviat, N.B., & Koutsky, L.A. (2008). Risk of female human papillomavirus acquisition associated with first male sex partner. *Journal of Infectious Diseases, 197,* 279–282.

QUESTION 2 :

POURQUOI EST-IL IMPORTANT QUE LES ADULTES AIENT ACCÈS À UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE?

À l'âge adulte, les individus rencontrent de nouveaux défis et des phases de développement qui ont des implications pour leur santé sexuelle. Les personnes établissent souvent des relations engagées, d'ordre interpersonnel, romantique et sexuel; et certains adultes deviennent des parents.

L'accès continu à l'éducation complète à la santé sexuelle est nécessaire pour faire en sorte que les adultes disposent d'informations exactes et fondées sur les données probantes, en lien avec la sexualité, de même que d'occasions de développer des habiletés pour améliorer leur santé sexuelle et prévenir les résultats négatifs de santé sexuelle.

AMÉLIORER LA SANTÉ SEXUELLE DES ADULTES

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SEXUELS

La santé sexuelle est considérée comme un élément important de la qualité de vie, pour de nombreux adultes, en particulier pour les personnes dans la trentaine et la quarantaine (Flynn et coll., 2016). Les aspects positifs de la santé sexuelle ont des liens avec des indicateurs du bien-être personnel et interpersonnel. Par exemple, une satisfaction plus grande à l'égard de sa vie sexuelle est associée à une meilleure santé, chez une personne (Flynn et coll., 2016; Heiman et coll., 2011) de même qu'à la satisfaction à l'égard de la vie (Stephenson & Meston, 2015) et au bien-être relationnel (Blumenstock et coll., 2019; Quinn-Nilas, 2019).

Des recherches indiquent que la satisfaction sexuelle fluctue au cours de la vie (Quinn-Nilas, 2019) et est influencée par divers facteurs comme l'âge, la durée de la relation, les interactions sexuelles avec des partenaires, les changements biologiques dans le corps ainsi que la présence ou l'absence de jeunes enfants (Blumenstock et coll., 2019; Delicate et coll., 2018; Heimen et coll., 2011; Kluwer, 2010). Une étude réalisée au Canada a examiné la vie sexuelle de 2 400 Canadiens et Canadiennes d'âge mûr; 37 % des femmes et 29 % des hommes y ont déclaré être très satisfait-es sexuellement (Blumenstock et coll., 2019). Les répondant-es qui ont indiqué être satisfait-es émotionnellement, en meilleure santé générale et en situation de bonne communication avec leur partenaire étaient plus susceptibles de se déclarer très satisfait-es sexuellement.

> D'après les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, le but d'ensemble d'une éducation complète à la santé sexuelle est de **« rehausser la capacité d'une personne à atteindre la santé et le bien-être sexuels et à maintenir cet état au cours de sa vie. »** (CIÉSCAN, 2019, p. 39).

SANTÉ GÉNÉSIQUE

Les adultes ont besoin d'un accès continu à l'information sur la santé sexuelle afin de maintenir et d'améliorer leur santé génésique. La santé génésique est un élément important du bien-être et elle inclut **« la capacité des individus de décider d'avoir ou non des enfants, et le cas échéant, de choisir le nombre d'enfants**

qu'ils auront, à quel moment et à quel intervalle; et la capacité d'élever leurs enfants dans un milieu sûr et habilitant (c.-à-d., sans menace de violence). » (CIÉSCAN, 2019, p.14).

Les grossesses non planifiées sont répandues au Canada et peuvent avoir d'importantes implications pour le bien-être des femmes et des personnes trans et non binaires (Black et coll., 2015; Oulmen et coll., 2015; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2019). L'éducation à la santé sexuelle peut apporter aux personnes des informations exactes sur la contraception, les options de planification familiale, de même que les services d'avortement, d'obstétrique et de sages-femmes. L'éducation à la santé sexuelle peut également aider les individus à développer les habiletés nécessaires à l'utilisation efficace de la contraception et des méthodes barrières lorsqu'ils désirent y avoir recours.

En outre, l'éducation complète à la santé sexuelle peut contribuer à accroître la sensibilisation aux **« facteurs sociaux, historiques et systémiques qui influencent la santé génésique »** (CIÉSCAN, 2019).

Au Canada, les femmes autochtones ont vu leur santé génésique affectée de manière disproportionnée par des lois, politiques et pratiques reliées à la stérilisation forcée ou coercitive (Boyer & Bartlett, 2017; Stote, 2012). Le traumatisme ainsi que la méfiance à l'égard du système médical peuvent empêcher des femmes de recourir aux soins et services de santé sexuelle dont elles ont besoin (Boyer & Bartlett, 2017).

Les personnes LGBTQI2SNA+ rencontrent des défis uniques, dans l'accès à des services de procréation assistée; cependant, leurs besoins sont souvent laissés pour compte dans les lois ou services en la matière (Marvel et coll., 2016; Ross et coll., 2014).

> L'éducation à la santé sexuelle peut contribuer à accroître la sensibilisation aux droits relatifs à la santé génésique ainsi que le respect de ceux-ci et aider les individus à accroître leur capacité de surmonter les facteurs systémiques qui font obstacle à l'accès à du soutien et à des services en matière de santé génésique.

PRÉVENIR LES RÉSULTATS NÉGATIFS DE SANTÉ SEXUELLE

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) s'accompagnent de nombreux problèmes évitables de santé pour les adultes au Canada. Par exemple, si elles ne sont pas traitées, certaines ITS peuvent contribuer à des atteintes inflammatoires pelviennes (AIP), à la douleur pelvienne chronique, à la grossesse extra-utérine et à l'infertilité; d'autres ITS (p. ex., le VPH) sont responsables de diverses formes de cancer (Agence de la santé publique du Canada, 2010; 2017a; 2017b).

Des recherches indiquent que les taux d'ITS chez les adultes au Canada sont en hausse (McKay et coll., 2016). Par exemple, entre 2005 et 2014, le taux déclaré d'infections à chlamydia a augmenté de 68 % chez les adultes de 25 à 29 ans (Agence de la santé publique du Canada, 2017a). En 2017, le plus grand nombre de nouveaux cas de VIH a été recensé chez les adultes de 30 à 39 ans (31 %) (Haddad et coll., 2017). Une étude auprès de 35 000 personnes

LGBTQI2SNA+ : *Lesbiennes, gais, bisexuel-les, trans, queer, intersexué-es, bispirituel-les, non binaires, asexuel-les et autres identités émergentes.*

au Canada a indiqué que 46 % des adultes de 25 à 39 ans ainsi que 36 % des adultes de plus de 40 ans avaient reçu au cours de leur vie un diagnostic d'ITS (Bajaj et coll., 2017).

Il est fréquent qu'une ITS ne cause pas de symptômes physiques. Ceci peut influencer l'impression des gens à savoir s'ils sont à risque ou non de contracter ou de transmettre une ITS. De plus, la stigmatisation associée au dépistage d'ITS peut affecter les comportements en la matière (CIÉSCAN, 2019). Les taux autodéclarés de dépistage d'ITS parmi les adultes du Canada indiquent qu'un tiers des personnes âgées de 35 à 44 ans n'ont jamais été dépistées pour des ITS (y compris le VIH et l'hépatite C) (Agence de la santé publique du Canada, 2018).

L'Agence de la santé publique du Canada a réalisé une enquête à propos de la sensibilisation, des connaissances et des attitudes des Canadien-nes relativement aux ITS (Agence de la santé publique du Canada, 2018). Les participant-es ont déclaré pour quelles raisons une personne pourrait décider de ne pas se faire dépister pour les ITS alors qu'elle est à risque. Les trois principaux motifs évoqués étaient :
1. La peur que les résultats de tests soient positifs;
2. La peur que des personnes le découvrent et les traitent différemment; et
3. L'absence de tout symptôme.

Des données indiquent que plusieurs Canadien-nes célibataires d'âge mûr ne sont pas vraiment préoccupé-es par le risque de contracter une ITS, et que les taux d'utilisation du condom sont faibles (McKay et coll., 2016).

L'éducation à la santé sexuelle est cruciale afin d'assurer que les adultes :
Aient un accès continu à des informations exactes à propos des ITS
Aient des occasions de développer et de maintenir la motivation et les habiletés comportementales nécessaires pour réduire leur risque de transmission d'ITS
Accroissent leurs habiletés pour avoir accès à des services de dépistage, de prise en charge et de traitement des ITS CIÉSCAN (2019)

Des données indiquent que des interventions en santé sexuelle qui incluent la prestation d'éducation sont efficaces pour améliorer les comportements liés au sexe plus sécuritaire, comme l'utilisation du condom, chez les adultes (Hobgen et coll., 2015).

PROBLÈMES RELIÉS À LA RÉPONSE SEXUELLE

Les problèmes reliés à la réponse sexuelle sont relativement répandus parmi les Canadien-nes d'âge mûr (Quinn-Nilas et coll., 2018; CIÉSCAN, 2017).

Dans une étude auprès de femmes et d'hommes de 40 à 59 ans :
40 % des femmes et **30 %** des hommes ont fait état d'un problème de désir sexuel dans les six mois précédents;
29 % des femmes ont déclaré des difficultés liées à la sécheresse vaginale; et
24 % des hommes ont indiqué avoir des problèmes liés à l'érection et à l'éjaculation. Quinn-Nilas et coll. (2018)

Fait d'importance, les problèmes de réponse sexuelle étaient reliés à la fois à la santé physique et au bonheur sexuel global. Par exemple, les femmes qui ont déclaré avoir des problèmes de désir et d'orgasme, de même que les hommes qui ont déclaré avoir des problèmes de désir et d'érection, étaient moins susceptibles de répondre qu'elles/ils étaient très satisfait-es de leur vie sexuelle.

Il est important que les Canadien-nes aient des connaissances sur le fonctionnement sexuel afin de pouvoir reconnaître d'éventuels changements importants et de demander de l'assistance si nécessaire.

PRÉVENIR LA VIOLENCE ET LA DISCRIMINATION SEXUELLES ET FONDÉES SUR LE GENRE

Comme nous en parlons dans la Question 7, la violence sexuelle et fondée sur le genre est matière à grande préoccupation au Canada et elle constitue une violation des droits de la personne.

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

En fournissant aux adultes des informations exactes concernant le consentement et les droits de la personne.

En renforçant la capacité de prendre part à des relations respectueuses, consensuelles et satisfaisantes.

En améliorant les connaissances à propos des services de soutien ainsi que la capacité d'y avoir accès.

CIÉSCAN (2019)

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2010). Groupe de travail d'experts pour les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Infections à Chlamydia. Dans: Wong, T., & Latham-Carmanico, C. (dir.). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement.* Ottawa: Agence de la santé publique du Canada.

Agence de la santé publique du Canada. (2017a). *Rapport sur les infections transmissibles au Canada : 2013-2014.* Ottawa, Canada: Agence de la santé publique du Canada.

Agence de la santé publique du Canada. (2017b). *Recommandations mises à jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH) : vaccin nonavalent contre le VPH et précisions sur les intervalles minimums entre les doses dans le calendrier d'immunisation contre le VPH.* Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada.

Agence de la santé publique du Canada. (2018). Sensibilisation, connaissances et attitudes des *Canadiens à l'égard des infections transmissibles sexuellement et par le sang - Sondage 2018.* Ottawa, Canada: Agence de la santé publique du Canada.

Bajaj, S., Ramayanam, S., Enebeli, S., Nsohtabien, H., Andkhoie, M., Yaghoubi, M., Gall, S., Szafron, M., & Farag, M. (2017). Risk factors for sexually transmitted diseases in Canada and provincial variations. *Social Medicine, 11*(2), 62-69.

Black, A.Y., Guilbert, E., Hassan, F., Chatziheofilou, I., Lowin, J., Jeddi, M., Filonenko, A., & Trussell, J. (2015). The cost of unintended pregnancies in Canada: Estimating direct cost, role of imperfect adherence, and the potential impact of increased use of long-acting reversible contraceptives. *Journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada, 37*(12), 1086-1097.

Blumenstock, S.M., Quinn-Nilas, C., Milhausen, R.R., & McKay, A. (2020). High emotional and sexual satisfaction among partnered midlife Canadians: Associations with relationship characteristics, sexual activity and communication, and health. *Archives of Sexual Behavior. 49*(3), 953-967.

Boyer, Y., & Bartlett, J. (2017). *Tubal ligation in the Saskatoon region: The lived experience of Aboriginal women.* External review. https://www.saskatoonhealthregion.ca/news/media-centre/Pages/External-review-of-tubal-ligation-procedures.aspx.

CIÉSCAN. (2017). *Sexual health issue brief. Sexual health at midlife and beyond: Information for sexual health educators.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada. http://sieccan.org/wp-content/uploads/2018/05/SIECCAN-Sexual-Health-Issue-Brief_Sexual-Health-at-Midlife.pdf

CIÉSCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2018). A systematic review and meta-synthesis of the impact of becoming parents on the couple relationship. *Midwifery, 61*, 88-96.

Flynn, K.E., Lin, L., Bruner, D.W., Cyranowski, J.M., Hahn, E.A., Jeffery, D.D., Reese, J.B., Reeve, B.B., Shelby, R.A., & Weinfurt, K.P. (2016). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of U.S. adults. *Journal of Sexual Medicine, 13*(11), 1642-1650.

Haddad, N., Li, J.S., Totten, S., & McGuire, M. (2017). *Le VIH au Canada – Rapport de surveillance, 2017.* Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. RMCT, 44-12, 324-332.

Heiman, J.R., Long, J.S., Smith, S.N., Fisher, W.A., Sand, M.S., & Rosen, R.C (2011). Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Archives of Sexual Behavior, 40*, 741-753.

Hobgen, M., Ford, J., Bescasen, J.S., & Brown, K.F. (2015). A systematic review of sexual health interventions for adults: Narrative evidence. *Journal of Sex Research, 52*(4), 444-469.

Kluwer, E.S (2010). From partnership to parenthood: A review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory & Review, 2*(2), 105-125.

Marvel, S., Tarsoff, L.A., Epstein, R., Checko Green, D., Steel, L.S., & Ross, L.E. (2016). Listening to LGBTQ people on assisted human reproduction: Access to reproductive material, services, and facilities. Dans T. Lemmens, A.F. Martin, C. Mine, & I.B. Lee (Éds.), *The law, ethics, and policy of assisted human reproduction* (pp.406-437). University of Toronto Press.

McKay, A., Milhausen, R.R., & Quinn-Nilas, C. (2016). *Preliminary report: Sexually transmitted infection (STI) risk among single adults in the Trojan/SIECCAN sexual health at midlife study.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN).

Oulman, E., Kim, T.H., Yunis, K., & Tamim, H. (2015). Prevalence and predictors of unintended pregnancy among women: An analysis of the Canadian maternity experiences survey. *BMC Pregnancy and Childbirth, 15*, 260-268.

Quinn-Nilas, C. (2020). Relationship and sexual satisfaction: A developmental perspective on bidirectionality. *Journal of Social and Personal Relationships, 37*(2), 624-646.

Quinn-Nilas, C., Milhausen, R.R., McKay, A., & Holzapfel, S. (2018). Prevalence and predictors of sexual problems among midlife Canadian adults: Results from a national survey. *Journal of Sexual Medicine, 15*, 873-879.

Ross, L.E., Tarsoff, L.A., Anderson, S., Epstein, R., Marvel, S., Steele, L.S., & Green, D. (2014). Sexual and gender minority peoples' recommendations for assisted human reproductive services. *Journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada, 36*(2), 146-153.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2019). *Grossesse imprévue.* https://www.pregnancyinfo.ca/fr/your-pregnancy/special-consideration/unintended-pregnancy/

Stephenson, K.R., & Meston, C.M. (2015). The conditional importance of sex: Exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 41*(1), 25-38.

Stote, K. (2012). The coercive sterilization of Aboriginal women in Canada. *American Indian Culture and Research Journal, 36*(3), 117-150.

QUESTION 3 :

POURQUOI EST-IL IMPORTANT QUE LES AÎNÉ-ES AIENT ACCÈS À UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE?

Le Canada compte approximativement six millions de personnes de plus de 65 ans, représentant 17 % de sa population (Statistique Canada, 2019). Il est clairement démontré que la santé sexuelle est un facteur qui contribue de façon importante à la santé et au bien-être des adultes plus âgé-es (Bauer et coll., 2015; Erens et coll., 2019; Graf & Patrick, 2014; Foley, 2015; Lee et coll., 2016; CIÉSCAN, 2017; Smith et coll., 2019).

Plusieurs changements biologiques, psychologiques et sociaux qui s'associent au fait de vieillir peuvent influencer la santé sexuelle (p. ex., changements liés à la ménopause, troubles de fonction sexuelle, troubles relationnels et problèmes de santé physique, accès à des partenaires sexuelles). Bien que certains de ces changements présentent des défis considérables pour la santé sexuelle, les aîné-es déclarent également avoir un intérêt continu à l'égard de la sexualité et indiquent que l'expression sexuelle est importante dans leur vie (Bauer et coll., 2015; Santo-Iglesias et coll., 2016).

> À l'heure où les gens, au Canada, vivent plus longtemps et en meilleure santé, il est nécessaire de reconnaître l'importance de la sexualité chez les aîné-es et de comprendre quelles stratégies sont propices à rehausser la santé sexuelle et la prévention des résultats négatifs en la matière.

AMÉLIORER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SEXUELS DES AÎNÉ-ES

La santé sexuelle est reliée de manière positive à la santé et au bien-être physiques chez les adultes plus âgé-es (DeLamater, 2012; Smith et coll., 2019; Santo-Iglesias et coll., 2016). Dans une enquête nationale auprès d'aîné-es, en Angleterre, les personnes qui avaient eu une activité sexuelle, quelle qu'elle fût, au cours de la récente année, ont également déclaré des niveaux plus élevés de satisfaction à l'égard de la vie (Smith et coll., 2019).

À l'inverse des stéréotypes les présentant comme étant sexuellement inactif(-ve)s, la recherche indique que plusieurs aîné-es demeurent sexuellement actif(-ve)s en âge plus avancé (Lee et coll., 2016; Santo-Iglesias et coll., 2016; Smith et coll., 2019; Træen et coll., 2019). La fréquence d'activité sexuelle avec partenaire tend à diminuer avec l'âge. Cependant, dans une étude longitudinale ayant examiné la santé et le bien-être sexuels des adultes plus âgé-es, 19 % des hommes et 32 % des femmes (de 80 ans et plus) ont déclaré avoir des relations sexuelles deux fois ou plus par mois (Lee et coll., 2016). De plus, une majorité de participant-es (de 60 ans et plus) ont déclaré avoir fréquemment d'autres activités sexuelles, comme « les baisers, les caresses et d'autres touchers » [trad.].

PRÉVENIR LES RÉSULTATS NÉGATIFS DE SANTÉ SEXUELLE

PROBLÈMES RELIÉS À LA RÉPONSE SEXUELLE

Dans l'ensemble, la prévalence de problèmes sexuels liés au désir, à l'excitation, à l'orgasme et à la douleur augmente avec l'âge (Foley, 2015; CIÉSCAN, 2017; Træen et coll., 2017). Ces difficultés s'associent souvent à d'autres troubles de santé physique (p. ex., le diabète), à des changements biologiques dans le

corps (p. ex., la ménopause, les changements touchant la testostérone), à des facteurs relationnels (p. ex., l'accès à un-e partenaire sexuel-le) et/ou de santé mentale (p. ex., des symptômes de dépression) (Foley, 2015; Lee et coll., 2016; Træen et coll., 2017).

Des recherches canadiennes et états-uniennes ont examiné la santé et le bien-être sexuels des aîné-es : 71 % des participant-es avaient eu au moins une difficulté sexuelle au cours des trois mois précédents et 27 % ont répondu être « angoissé-es » par celle-ci (Santo-Iglesias et coll., 2016). Les difficultés les plus courantes étaient : sentiment d'être « éteint-e », manque d'intérêt pour le sexe, difficulté à ressentir de l'excitation sexuelle ou à la maintenir, et problèmes liés à l'orgasme.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Bien que la prévalence des infections transmissibles sexuellement (ITS) parmi les aîné-es soit généralement faible au Canada, les cas déclarés de gonorrhée, de chlamydia et de syphilis ont tous augmenté entre 2007 et 2016, parmi les personnes de 60 ans et plus (Agence de la santé publique du Canada, 2016). Les adultes de 50 ans et plus comptent pour plus de 20 % du nombre total de nouveaux cas de VIH diagnostiqués au Canada (Haddad et coll., 2019).

Une faible utilisation de méthodes barrières et une perception erronée des risques d'ITS peuvent contribuer à la hausse des taux d'ITS parmi les aîné-es. Des études démontrent des taux faibles d'utilisation du condom (Oraka et coll., 2018; Schick et coll., 2010; Syme et coll., 2017) et indiquent que les aîné-es sous-estiment leurs risques en lien avec les ITS (Syme et coll., 2017). En outre, peu d'aîné-es sexuellement actif(-ve)s indiquent avoir été diagnostiqué-es pour le VIH et/ou d'autres ITS (Oraka et coll., 2018; Schick et coll., 2010).

Des données indiquent que des programmes d'éducation à la santé sexuelle peuvent contribuer à accroître les connaissances sur le VIH et à améliorer les perceptions de la susceptibilité, chez les aîné-es (Negin et coll., 2014).

> L'éducation à la santé sexuelle est importante pour aider les aîné-es à faire des choix éclairés au regard de la prévention des ITS ainsi que de leur prise en charge.

L'IMPORTANCE D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE POUR LES AÎNÉ-ES

La sexualité est vitale au bien-être à tous les âges de la vie, y compris dans les dernières années. Cependant, il manque à l'heure actuelle d'information sur la santé sexuelle à l'intention des aîné-es (Bauer et coll., 2015; Slinkard & Kazer, 2011). Des aîné-es peuvent être mal à l'aise de signaler leurs préoccupations de santé sexuelle ou d'en discuter avec un-e professionnel-le des soins de santé; ils/elles peuvent également avoir l'impression que les professionnel-les de soins ne sont pas intéressé-es par leurs besoins de santé sexuelle ou sont mal informé-es (Bauer et coll., 2015).

Les aîné-es LGBTQI2SNA+ rencontrent des obstacles additionnels; les adultes plus âgé-es dans les communautés LGBTQI2SNA+ peuvent percevoir des biais parmi les fournisseur(-euse)s de soins de santé, ou avoir eu des expériences négatives avec certain-es (Bauer et coll., 2015).

LGBTQI2SNA+ : *Lesbiennes, gais, bisexuel-les, trans, queer, intersexué-es, bispirituel-les, non binaires, asexuel-les et autres identités émergentes.*

Une éducation complète à la santé sexuelle, adaptée aux besoins des aîné-es, est essentielle afin d'assurer qu'ils et elles disposent des informations, de la motivation et des habiletés nécessaires pour prévenir des résultats négatifs en santé sexuelle et pour gérer les changements liés au vieillissement de manière à améliorer leur santé et leur bien-être sexuels.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Les infections transmissibles sexuellement au Canada, Mise à jour 2016*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada.

Bauer, M., Haesler, E., & Fetherstonhaugh, D. (2015). Let's talk about sex: Older people's view on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations, 19*, 1237-1250.

CIÉSCAN. (2017). Sexual health issue brief. Sexual health at midlife and beyond: Information for sexual health educators. Toronto, ON: Conseil d'éducation et d'information sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). http://sieccan.org/wp-content/uploads/2018/05/SIECCAN-Sexual-Health-Issue-Brief_Sexual-Health-at-Midlife.pdf.

DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: A review and synthesis. *Journal of Sex Research, 49*, 125–141.

Erens, B., Mitchell, K.R., Gibson, L., Datta, J., Lewis, R., Field, N., & Wellings, K. (2019). Health status, sexual activity and satisfaction among older people in Britain: A mixed-methods study. *PLoS ONE, 14*(3), e0213835.

Foley, S. (2015). Older adults and sexual health: A review of current literature. *Current Sexual Health Reports, 7*, 70-79.

Graf, A.S., & Patrick, J.H. (2014). The influence of sexual attitudes on mid- to late-life sexual well-being: Age, not gender, as a salient factor. *International Journal of Aging and Human Development, 79*(1), 55–79.

Haddad, N., Robert, A., Popovic, N., Varsaneux, O., Edmunds, M., Jonah, L., Siu, W., Weeks, A., & Archibald, C. (2019). Cas de VIH nouvellement diagnostiqués chez les personnes de 50 ans et plus, comparativement aux personnes de moins de 50 ans : 2008 à 2017. *Relevé des maladies transmissibles au Canada, 45*(11), 283-288.

Lee, D.M., Nazroo, J., O'Connor, D.B., Blake, M., & Pendleton, N. (2016). Sexual health and well-being among older men and women in England: Findings from the English longitudinal study of ageing. *Archives of Sexual Behavior, 45*(1), 133-144.

Negin, J., Rozea., A., & Martinuak, A.L. (2014). HIV Behavioural interventions targeted towards older adults: A systematic review. *BMC Public Health, 14*, 507-607.

Oraka, E., Mason, S., & Xia M. (2018). Too old to test? Prevalence and correlates of HIV testing among sexually active older adults. *Journal of Gerontological Social Work, 61*(4), 460-470.

Santo-Iglesias, P., Byers, E.S., & Moglia, R. (2016). Sexual well-being of older men and women. *Canadian Journal of Human Sexuality, 25*(2), 86-98.

Schick, V., Herbenick, D., Reece, M., Sanders, S.A., Dodge, B., Middlestat, S.E., & Fortenberry, J.D. (2010). Sexual behaviors, condom use, and sexual health of Americans over 50: Implications for sexual health promotion for older adults. *Journal of Sexual Medicine, 7*(suppl), 315-329.

Slinkard, M.S., & Kazer, M.W. (2011). Older adults and HIV and STI screening: The patient perspective. *Geriatric Nursing, 32*(5), 341-349.

Smith, L., Yang, L., Veronese, N., Soysal, P., Stubbs, B., & Jackson, S.E. (2019). Sexual activity is associated with greater enjoyment of life in older adults. *Sexual Medicine, 7*, 11-18.

Statistique Canada (2019). *Estimations de la population du Canada : âge et sexe, 1er juillet 2018*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190125/dq190125a-fra.pdf

Syme, M.L., Cohn, T.J., & Barnack-Tavlaris, J. (2017). A comparison of actual and perceived sexual risk among older adults. *Journal of Sex Research, 54*(2), 149-160.

Træen, B., Carvalheira, A.A., Kvalem, I.L., Stulhofer, A., Janssen, E., Graham, C., Hald, G.M., & Enzlin, P. (2017). Sexuality in older adults (65+)-An overview of the recent literature, part 2: Body image and sexual satisfaction. *International Journal of Sexual Health, 29*(1), 11-21.

Træen, B., Stulhofer, A., Janssen, E., Carvalheira, A.A., Hald, G.M., Lange, T., & Graham, C. (2019). Sexual activity and sexual satisfaction among older adults in four European countries. *Archives of Sexual Behavior, 48*, 815-829.

QUESTION 4 :

QUELS PRINCIPES ÉCLAIRENT ET ORIENTENT L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE?

Le Canada est une société pluraliste où différentes personnes ont différentes valeurs et perspectives concernant la sexualité humaine. En revanche, les personnes au Canada sont unies par leur respect des valeurs et principes fondamentaux d'une société démocratique. L'importance accordée aux valeurs démocratiques (p. ex., le droit de prendre des décisions éclairées quant à la santé et au bien-être) constitue le cadre philosophique général de plusieurs programmes scolaires d'éducation à la santé sexuelle au Canada.

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* :
1. Servent de base, à des communautés, pour développer un consensus sur les valeurs fondamentales que devrait présenter l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles.
2. Sont formulées de manière à incarner une philosophie pédagogique inclusive, respectant la diversité et reflétant les préceptes fondamentaux de l'éducation dans une société démocratique. CIÉSCAN (2019)

PRINCIPES FONDAMENTAUX D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (CIÉSCAN, 2019) contiennent un ensemble de neuf principes fondamentaux qui définissent et éclairent l'éducation complète à la santé sexuelle. (Voir la page suivante.)

Dans l'Enquête nationale auprès des parents *[National Parent Survey]* réalisée par le CIÉSCAN (2020), plus de 70 % des répondant-es étaient en accord avec les principes présentés dans les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.*

* *Le texte se poursuit à la page suivante.*

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* affirment que l'éducation complète à la santé sexuelle :
est accessible à tous les individus et inclusive quant à l'âge, à la race, au sexe, à l'identité de genre, à l'orientation sexuelle, au statut ITSS, à l'emplacement géographique, au statut socioéconomique, aux antécédents culturels et religieux, aux capacités et à la situation en matière de logement (p. ex., pour les personnes incarcérées, sans abri ou en établissement de soins);
favorise les droits de la personne, incluant la prise de décision autonome et le respect des droits d'autrui;
est scientifiquement exacte et emploie des méthodes pédagogiques fondées sur des données probantes;
est généraliste dans sa portée et sa profondeur, et aborde un éventail de sujets pertinents à la santé et au bien-être sexuels;
inclut les identités et les expériences vécues des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queer, intersexuées, bispirituelles, non binaires et asexuelles ainsi que les autres identités émergentes (LGBTQI2SNA+);
favorise l'égalité des genres et la prévention de la violence sexuelle et fondée sur le genre;
intègre une approche équilibrée à la promotion de la santé sexuelle, incluant les aspects positifs de la sexualité et des relations ainsi que la prévention des résultats pouvant avoir des effets néfastes sur la santé et le bien-être sexuels;
intègre les enjeux émergents liés à la santé et au bien-être sexuels et y répond; et
est fournie par des personnes enseignantes qui détiennent les connaissances et les compétences pour donner une éducation complète à la santé sexuelle et qui reçoivent du soutien administratif pour réaliser ce travail. CIÉSCAN (2019, p. 23-28)

LGBTQI2SNA+ : *Lesbiennes, gais, bisexuel-les, trans, queer, intersexué-es, bispirituel-les, non binaires, asexuel-les et autres identités émergentes.*

RÉFÉRENCES

CIÉSCAN. (2019a). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

CIÉSCAN. (2020). *National Parent Survey: Canadian parents' opinions on sexual health education in schools.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).

QUESTION 5 :

QUELS SONT LES ÉLÉMENTS CLÉS DE PROGRAMMES EFFICACES D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE?

Les éléments premiers et les plus vitaux de programmes efficaces d'éducation à la santé sexuelle incluent d'assurer que :
1. Suffisamment de temps soit alloué à l'enseignement de cette matière importante.
2. Les enseignant-es/éducateur(-trice)s soient adéquatement soutenu-es, formé-es et motivé-es pour y voir. [trad.] Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2004); CIÉSCAN (2019).

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* indiquent que l'éducation à la santé sexuelle devrait être **« fournie par des personnes enseignantes qui détiennent les connaissances et les compétences pour donner une éducation complète à la santé sexuelle et qui reçoivent du soutien administratif pour réaliser ce travail »** (p. 31). De plus, les personnes enseignantes qui fournissent l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles **« devraient avoir accès à des ressources suffisantes pour faire leur travail efficacement, de même qu'à une formation continue et en cours d'emploi ainsi qu'à des occasions à cet effet, pour rehausser leur capacité de fournir efficacement l'éducation complète à la santé sexuelle »** (CIÉSCAN, 2019, p. 86).

Les programmes efficaces d'éducation à la santé sexuelle et de promotion de celle-ci sont fondés sur des modèles théoriques du changement comportemental qui permettent aux personnes enseignantes de comprendre le comportement sexuel et de l'influencer (Albarracin et coll., 2005; Kirby et coll., 2007; Protogerou & Johnson, 2014; CIÉSCAN, 2019).

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (CIÉSCAN, 2019) offrent un cadre pour la mise en œuvre de programmes efficaces, basés sur le modèle information, motivation et habiletés comportementales (IMHC) pour l'amélioration de la santé sexuelle et la prévention de problèmes (Albarracin et coll., 2005; Fisher & Fisher, 1998).

D'après le modèle IMHC, l'éducation à la santé sexuelle doit inclure les composantes suivantes afin d'être efficace :
Fournir de **l'information** qui est directement pertinente à la santé sexuelle (p. ex., des informations sur les formes efficaces de prévention des ITS, comme les condoms et les digues dentaires; et comment s'en procurer et les utiliser).
Aborder les **facteurs motivationnels** qui influencent le comportement relatif à la santé sexuelle (p. ex., discussion au sujet d'idées/croyances concernant les responsabilités personnelles ou la protection).
Enseigner les **habiletés comportementales** nécessaires pour protéger et améliorer la santé sexuelle (p. ex., apprendre à discuter avec un-e partenaire de l'utilisation de condoms/digues dentaires).
Considérer les **facteurs environnementaux** qui peuvent affecter le comportement lié à la santé sexuelle (p. ex., examiner comment l'accès à certaines formes de prévention d'ITS, comme les prophylaxies pré-exposition et post-exposition [PrEP et PPE] contre le VIH, peut être influencé par des facteurs sociaux, culturels et structurels). Voir la Figure 1.

Figure 1. Le Modèle information, motivation et habiletés comportementales pour une éducation efficace à la santé sexuelle

INFORMATION Information pertinente à la santé sexuelle ***Exemples :*** • *Identifier les formes efficaces de prévention d'ITS* • *Comment avoir accès à des condoms et digues dentaires*	**HABILETÉS COMPORTEMENTALES** Développement des habiletés comportementales pour mettre l'information en pratique ***Exemples :*** • *Communiquer avec un-e ou des partenaire(s) à propos de l'utilisation de condoms ou digues dentaires* • *Apprendre comment utiliser un condom ou une digue dentaire*
MOTIVATION Motivation pour utiliser l'information ***Exemples :*** • *Vulnérabilité personnelle aux ITS* • *Aborder les attitudes individuelles ainsi que des pair-es et du public au sujet de l'utilisation ou de la non-utilisation de condoms et digues dentaires*	**FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX** Comprendre l'importance des enjeux sociaux, culturels et structurels ***Exemples :*** • *Comprendre comment certains moyens de prévention d'ITS peuvent être affectés par des circonstances sociales et par l'accès aux services (p. ex., PrEP et PPE; vaccinations contre le VPH)*

Des évaluations scientifiques concourent à appuyer le modèle IMHC en tant que cadre pour le développement d'interventions comportementales efficaces en éducation à la santé sexuelle auprès des jeunes (Fisher et coll., 2002; Fisher et coll., 2014; Knight et coll., 2017; Morrison-Beedy et coll., 2013; Mustanski et coll., 2015).

Voir les L*ignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (CIÉSCAN, 2019) pour l'utilisation du modèle IMHC (page 41) et pour la planification, la prestation et l'évaluation de programmes en santé sexuelle (page 66).

Un corpus étoffé de recherches identifie les éléments clés de la conception de programmes efficaces d'éducation à la santé sexuelle et de promotion de celle-ci. La recherche a clairement démontré que des programmes efficaces d'éducation à la santé sexuelle incluent les composantes énumérées au Tableau 1 ci-dessous.

(Pour un sommaire et examen de cette littérature, voir Albarracin et coll., 2005; Denford et coll., 2017; Fisher & Fisher, 1998; Fonner et coll., 2014; Haberland & Rogow, 2015; Haberland, 2015; Kirby et coll., 2007; CIÉSCAN, 2019; Pound et coll., 2017; Protogerou & Johnson, 2014; World Association for Sexual Health, 2008).

Tableau 1. Les éléments clés de programmes efficaces d'éducation à la santé sexuelle et de promotion de la santé sexuelle

1. Accorder un temps réaliste et des ressources suffisantes pour l'atteinte des objectifs du programme.
2. Fournir aux personnes enseignantes la formation nécessaire et le soutien administratif requis pour offrir les programmes de manière efficace.
3. Utiliser des méthodes d'enseignement judicieuses, y compris une utilisation de modèles théoriques éprouvés pour le développement et la mise en œuvre des programmes (p. ex., le modèle IMHC, la théorie sociocognitive, le modèle transthéorique, la théorie de l'action raisonnée ainsi que la théorie du comportement planifié).
4. Recourir à des recherches d'élicitation pour cerner les besoins des participant-es ainsi que les types d'apprentissage optimal, y compris pour l'adaptation de l'instruction selon les origines ethnoculturelles des participant-es au programme, les orientations sexuelles et le stade du développement.
5. Viser spécifiquement des comportements propices à améliorer la santé et le bien-être sexuels et à prévenir les résultats négatifs de santé sexuelle.
6. Livrer et renforcer continuellement des messages concernant la prévention de résultats susceptibles d'avoir une incidence néfaste sur la santé sexuelle (p. ex., ITS, grossesse non intentionnelle).
7. Inclure des activités de programme qui abordent les situations individuelles et le contexte social, y compris la pression des pair-es et partenaires relativement à l'activité sexuelle.
8. Intégrer les éléments nécessaires d'information, de motivation et d'habiletés comportementales pour l'application et le maintien de comportements propices à la promotion de la santé et du bien-être sexuels.
9. Offrir des exemples clairs de l'établissement de limites sexuelles (comme la communication et la compréhension du consentement), de l'utilisation de barrières (comme les condoms et les digues dentaires) et d'autres compétences de communication, de même que des occasions de s'y exercer (par exemple, des jeux de rôle), afin que les personnes participent activement au programme plutôt que d'y assister en tant que destinataires passif(-ve)s.
10. Fournir aux personnes des liens aux services de santé sexuelle de l'école et/ou de la communauté.
11. Offrir les programmes dans un milieu sûr (c.-à-d. exempt de stigmatisation).
12. Veiller à ce que le contenu soit exhaustif (c.-à-d. que le programme présente une large gamme d'information qui intègre les aspects positifs de la sexualité et la prévention des résultats négatifs de santé sexuelle; tienne compte de la diversité; soit pertinent à la vie des personnes; inclue une perspective fondée sur les droits en matière de santé sexuelle; évite les approches qui suscitent la peur et les préjugés, relativement à la prévention des ITS; et aborde les enjeux liés au genre et aux rapports de pouvoir).

13. Intégrer des outils appropriés et efficaces pour l'évaluation des forces et faiblesses des programmes afin d'améliorer les programmes ultérieurs.

RÉFÉRENCES

Albarracin, D., Gillette, J.C., Earl, A.N., Glasman, L.R., Durantini, M.R., & Ho, M.H. (2005). A test of major assumptions about behavior change : A comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychological Bulletin, 131*(6), 856-897.

CIÉSCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

Denford, S., Abraham, C., Campbell, R., & Busse, H. (2017). A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual health. *Health Psychology, 11*(1), 33-55.

Fisher, W.A., & Fisher, J.D. (1998). Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: Theory and method. *Annual Review of Sex Research, 9*, 39-76.

Fisher, J.D., Fisher, W.A., Bryan, A.D., & Misovich, S.J. (2002). Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology, 21*, 177- 186.

Fisher, W.A., Fisher J.D., & Shuper, P.A. (2014). Social psychology and the fight against AIDS: An information-motivation-behavioral skills model for the prediction and promotion of health behavior change. *Advances in Experimental Social Psychology, 50*, 105-93.

Fonner, V.A., Armstrong, K.S., Kennedy, C.E., O'Reilly, K.R., & Sweat, M.D., (2014). School-based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE, 9*(3), e89692.

Haberland, N.A. (2015). The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: A comprehensive review of evaluation studies. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 41*(1), 31-42.

Haberland, N.A., & Rogow, D. (2015). Sexuality education: Emerging trends in evidence and practice. *Journal of Adolescent Health, 56*, S15-S21.

Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health, 40* (3), 206-217.

Knight, R., Karamouzian, M., Salway, T., Gilbert, M., & Shoveller, J. (2017). Online interventions to address HIV and other sexually transmitted and blood-borne infections among young gay, bisexual and other men who have sex with men: A systematic review. *Journal of the International AIDS Society, 20*(3), e25017.

Morrison-Beedy, D., Jones, S.H., Xia, Y., Tu, X., Crean, H.F., & Carey, M.P. (2013). Reducing sexual risk behavior in adolescent girls: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health, 52*, 314-321.

Mustanski, B., Green, G.J., Ryan, D., & Whitton, S.W. (2015). Acceptability, and initial efficacy of an online sexual health program for LGBT youth: The queer sex ed intervention. *Journal of Sex Research, 52*(2), 220-230.

Pound, P., Denford, S., Shucksmith, J., Tanton, C., Johnson, A.M., Owen, J., Hutten, R., Mohan, L., Bonell, C., Abraham, C., & Campbell, R. (2017). What is best practice in sex and relationship education? A synthesis of evidence, including stakeholders' views. *BMJ Open, 7*(5), e014791.

Protogerou, C., & Johnson, B.T. (2014). Factors underlying the success of behavioral HIV prevention interventions for adolescents: A meta-review. *AIDS and Behavior, 18*, 1847-1863.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2004). SOGC policy statement: School-based and school-linked sexual health education in Canada. *JOGC, 26*, 596-600.

World Association for Sexual Health. (2008). *Sexual Health for the millennium: A declaration and technical document.* World Association for Sexual Health.

QUESTION 6 :

COMMENT L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE PEUT-ELLE CONTRIBUER À RÉPONDRE AUX BESOINS D'ÉDUCATION DES PEUPLES AUTOCHTONES, Y COMPRIS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS, D'INUITS ET DE MÉTIS?

Par Charlotte Loppie

Les peuples autochtones du Canada sont divers groupes culturels (Premières Nations, Métis et Inuits), ont diverses langues et traditions et vivent dans différents emplacements (p. ex., sur les réserves ainsi qu'en milieu rural et urbain). Cependant, plusieurs individus, familles et communautés ont en commun un historique de colonisation qui affecte, entre autres, leur santé sexuelle.

L'éducation sexuelle est de la plus grande utilité lorsqu'elle inclut dans l'équation les défis et les forces des peuples autochtones et de leurs communautés et cultures, tout en reconnaissant les contextes historiques et politiques uniques qui influencent leurs besoins en matière d'éducation à la santé sexuelle.

Pour faire en sorte que l'éducation à la santé sexuelle soit inclusive à l'égard des peuples autochtones, les individus et communautés devraient être impliqués de manière significative dans le développement et la mise en œuvre de leurs propres ressources et programmes. L'éducation à la santé sexuelle devrait également prendre en compte la question de la sécurité culturelle et répondre aux appels à l'action du rapport de la *Commission de vérité et réconciliation du Canada* (2015).

HISTORIQUE

Avant le contact avec les colons européens, les peuples autochtones croyaient que la sexualité était un don du Créateur, englobant des dimensions physiques, émotionnelles, mentales et spirituelles (c'est-à-dire le « holisme », la globalité) (Allen, 1986). Les peuples indigènes croyaient également que le genre n'était pas limité au binaire homme/femme et que les personnes bispirituelles (c'est-à-dire celles qui possèdent à la fois des esprits féminins et masculins) étaient guérisseur(-euse)s communautaires et conseiller(-ère)s familiaux doué-es (Hunt, 2016). Dans les cultures autochtones d'avant le contact avec les Blancs, les rôles des hommes et des femmes étaient généralement égalitaires et les enfants étaient très appréciés, de sorte que les abus (y compris sexuels) n'étaient pas tolérés (Anderson & Innes, 2015).

La colonisation et l'imposition des concepts européens de la sexualité et du genre ont eu des conséquences néfastes et radicales sur la santé sexuelle et génésique des peuples autochtones.

Les défis de santé sexuelle et génésique que rencontrent actuellement les peuples autochtones incluent des taux élevés quant aux :
Infections transmissibles sexuellement (incluant le VIH), avec un accès limité à la prévention, au dépistage et aux traitements (Wilson et coll., 2013).
Grossesses adolescentes, avec un accès limité aux services de soutien prénatal, postnatal et pour jeunes familles (Olsen, 2005). Et à la
Violence sexuelle et fondée sur le genre, y compris la situation des femmes autochtones disparues et tuées, et peu de soutien fédéral, provincial et local (Anderson et coll. (2018); Hawkins et coll., (2009)).

De plus, des changements aux déterminants sociaux de la santé autochtone (p. ex., la dépossession de leurs terres, le système des réserves, les pensionnats, la pauvreté et le racisme systémique) ont encore des impacts sur leur santé, y compris la santé sexuelle (Canada, Erasmus & Dussault, 1996; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015).

Nombre des difficultés d'accès aux ressources et au soutien résultent de la ségrégation géographique et/ou racisée des peuples autochtones (Reading, 2015). Par exemple, l'accès aux ressources d'éducation à la santé sexuelle en marge d'Internet ou du système scolaire est très limité pour les Autochtones qui vivent dans des communautés éloignées (Banister & Begoray, 2006). De plus, l'exclusion des peuples autochtones du matériel d'éducation en matière de santé sexuelle (par exemple, les peuples autochtones ne sont pas représentés visuellement ou à titre d'exemples) réduit leur accès à ces ressources, car les peuples autochtones ne voient pas leurs expériences reflétées.

LA VOIE DE L'AVENIR

L'article 24 des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation exhorte à ce que les professionnel-les de la santé soient sensibilisé-es à sur **« l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones, de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme. »** (CVR, 2015, p. 6).

L'éducation culturellement sûre, en ce qui a trait à la santé sexuelle, prend en compte le traumatisme historique et intergénérationnel vécu par de nombreux peuples autochtones, et ne suppose pas qu'ils aient bénéficié des systèmes de santé et/ou d'éducation ou leur fassent confiance.

Une éducation à la santé sexuelle culturellement sûre nécessite des professionnel-les qu'ils et elles s'engagent dans des partenariats significatifs et à long terme avec les jeunes, les adultes, les familles et les communautés autochtones. Lorsque l'éducation en matière de santé sexuelle s'adresse aux peuples autochtones, il est particulièrement important que ceux-ci soient invités à jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des ressources et des programmes (Rigby et coll., 2010). De plus, plutôt que d'utiliser un modèle déficitaire, axé uniquement sur les défis de santé sexuelle auxquels font face les populations et/ou communautés autochtones, l'éducation culturellement sûre passe par des programmes d'études équilibrés qui s'inspirent non seulement des systèmes de connaissances et des concepts de la sexualité occidentaux – mais aussi autochtones.

RÉFÉRENCES

Allen, P.G. (1986). *The sacred hoop: Recovering the feminine in American Indian traditions.* Beacon Press.

Anderson, K., & Innes, R.A. (2015). *Indigenous men and masculinities: Legacies, identities, regeneration.* University of Manitoba Press.

Anderson, K., Campbell, M., & Belcourt, C. (2018). *Keetsahnak: Our missing and murdered Indigenous sisters* (First ed.). The University of Alberta Press.

Banister, E.M., & Begoray, D.L. (2006). A community of practice approach for Aboriginal girls' sexual health education. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 15*(4), 168-173.

Canada, Erasmus, G., & Dussault, R. (1996). *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones.* Ottawa, ON: la Commission.

Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada : Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir.* Winnipeg, MB: Commission de vérité et réconciliation du Canada.

Hawkins, K., Reading, C.L., & Barlow, K. (2009). *Our search for safe spaces: A qualitative study of the role of sexual violence in the lives of aboriginal women living with HIV/AIDS.* Réseau canadien autochtone du sida.

Hunt, S. (2016). *Une introduction à la santé des personnes bispirituelles : questions historiques, contemporaines et émergentes.* Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Olsen, S. (2005). *Just ask us: A conversation with first nations teenage moms.* Sono Nis Press.

Reading, C. (2015). Structural determinants of Aboriginal health. In Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N., & Reading, C., (Éds.) *Determinants of Indigenous peoples' health in Canada: Beyond the Social.* (pp. 3-15). Canadian Scholars' Press.

Rigby, W., Duffy, E., Manners, J., Latham, H., Lyons, L., Crawford, L., & Eldridge, R. (2010). 'Closing the gap': Cultural safety in indigenous health education. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession, 37*(1), 21-30.

Wilson, D. et colll. (2013). « Health Professionals Working With First Nations, Inuit, and Métis Consensus Guideline. Chapter 5, First nations, Inuit and Métis women's sexual and reproductive health. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada, 35*(6S2), S28-S32.

LECTURES SUGGÉRÉES

Auger, J.C. (2014). *My people's blood: Indigenous sexual health recovery.* J. Charlton Publishing Ltd.

Barker, J. (2017). *Critically sovereign: Indigenous gender, sexuality, and feminist studies.* Duke University Press.

Charleyboy, L., & Leatherdale, M.B. (2017). *Not Your Princess: Voices of Native American women.* Annick Press Ltd.

Fernandes, E.R., & Arisi, B.M. (2017). *Gay Indians in Brazil: Untold stories of the colonization of indigenous sexualities.* Springer.

McKegney, S. (2014). *Masculindians: Conversations about indigenous manhood.* Michigan State University Press.

Neufeld, H., & Cidro, J. (Éds.) (2017). *Indigenous experiences of pregnancy and birth.* Demeter Press.

Sellars, B. (2013). *They called me number one: Secrets and survival at an indian residential school.* Talonbooks.

Snyder, E. (2018). *Gender, power, and representations of Cree law.* UBC Press.

Taylor, D.H., 1962. (2008). *Me sexy: An exploration of native sex and sexuality.* Douglas & McIntyre.

QUESTION 7 :

COMMENT L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE PEUT-ELLE CONTRIBUER À ATTÉNUER LA VIOLENCE ET LA DISCRIMINATION SEXUELLES ET FONDÉES SUR LE GENRE?

La violence sexuelle et fondée sur le genre est un problème considérable à l'échelle planétaire et au Canada (Organisation mondiale de la Santé, 2013).

La violence sexuelle est définie comme : **« Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. »** (Organisation mondiale de la Santé, 2011).

La violence fondée sur le genre/sexe est définie comme : **« [T]out acte de violence perpétré contre une personne en raison de son sexe, de son identité ou de son expression de genre, ou de son identité présumée. »** (Gouvernement du Canada, 2018a).

Des recherches ont documenté les nombreux effets pervers de l'expérience de violence sexuelle et fondée sur le genre, y compris ceux qui touchent la santé génésique, la santé physique, la santé mentale et la mortalité. (Organisation mondiale de la Santé, 2011; 2013).

QUI SUBIT DE LA VIOLENCE?

Des personnes de tous les horizons et de toutes les identités vivent de la violence.

Cependant, certains groupes particuliers, au Canada, sont touchés particulièrement par la violence; notamment :

- Femmes et filles
- Personnes autochtones
- Personnes LGBTQI2SNA+
- Personnes qui vivent dans une communauté nordique, rurale ou éloignée
- Personnes ayant un handicap
- Personnes nouvellement arrivées au Canada
- Enfants et jeunes
- Aîné-es

Gouvernement du Canada (2018b); CIÉSCAN (2019)

FEMMES

87 % des 636 000 incidents d'agression sexuelle autodéclarés en 2014 avaient été commis contre des femmes (Conroy & Cotter, 2017).

LGBTQI2SNA+ : *Lesbiennes, gais, bisexuel-les, trans, queer, intersexué-es, bispirituel-les, non binaires, asexuel-les et autres identités émergentes.*

D'après les données policières déclarées entre 2009 et 2014 à propos d'agressions sexuelles, la majorité des personnes survivantes étaient de jeunes femmes et des filles; 26 % des personnes survivantes étaient des enfants de moins de 13 ans (Rotenberg, 2017). En 2016, 79 % des personnes qui ont signalé à la police une situation de violence de la part d'un-e partenaire intime étaient des femmes (Burczycka & Conroy, 2018).

Un nombre disproportionné de femmes et filles autochtones vivent des agressions sexuelles, de l'exploitation et de la violence. (Conroy & Cotter, 2017; Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, 2019). **Les femmes autochtones au Canada étaient trois fois plus susceptibles que les femmes non autochtones de faire état de violence venant d'un partenaire intime** (Boyce, 2016).

PERSONNES LGBTQI2SNA+

Les personnes LGBTQI2SNA+ sont beaucoup plus susceptibles que les personnes hétérosexuelles de rencontrer de la violence et de la discrimination (voir la Question 14 et la Question 17) (Bucik, 2016; Simpson, 2018). Les taux de prévalence à vie de la violence domestique sont presque deux fois plus élevés parmi les personnes trans (65 %) que chez les femmes cisgenres (38 %) et plus de trois fois supérieurs à ceux observés chez les hommes cisgenres (17 %) (Wathen et coll., 2015). Dans le plus récent rapport de Trans PULSE Canada, 16 % des participant-es trans et non binaires ont déclaré avoir vécu de la violence physique, et 26 %, une agression sexuelle, au cours des cinq dernières années (The Trans PULSE Canada Team, 2020).

Dans une consultation nationale au Canada, des jeunes LGBTQI2SNA+ ont mis en relief des expériences de harcèlement, de violence sexuelle et d'intimidation, en plus de déficiences de sécurité publique (Wisdom2Action, 2019). Une étude ontarienne sur le bien-être d'individus autochtones diversifiés sur le plan du genre a observé que 73 % des participant-es avaient vécu de la violence due à la transphobie; et 43 % ont déclaré avoir subi de la violence physique et/ou sexuelle (Scheim et coll., 2013).

PERSONNES AYANT UN HANDICAP

Les taux de cas d'abus et de violence déclarés par des personnes vivant avec un handicap sont élevés (voir la Question 7 et la Question 15) (Burczycka, 2018; Cotter, 2018; McDaniels & Fleming, 2016; Stermac et coll., 2018). Les enfants ayant un handicap intellectuel sont plus vulnérables aux abus sexuels que ceux qui n'ont pas de handicap; les taux de prévalence oscillent entre 14 % et 32 % (Jones et coll., 2012; Wissink et coll., 2015).

Un récent rapport de Statistique Canada indique que les personnes ayant un handicap cognitif, mental, sensoriel ou physique sont entre deux et quatre fois plus susceptibles que les personnes sans handicap de vivre de la violence (Cotter, 2018). Parmi les femmes, celles qui ont un handicap se sont révélées presque deux fois plus susceptibles que les autres femmes d'avoir été agressées sexuellement au cours de l'année précédente.

LA VIOLENCE SEXUELLE ET FONDÉE SUR LE GENRE

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* affirment que les programmes d'éducation à la santé sexuelle **« peuvent contribuer activement à la réduction de la violence sexuelle et fondée sur le genre, en aidant les personnes à prendre conscience des normes sociales, attitudes et pratiques qui contribuent à cette violence (par exemple, les croyances misogynes, l'homophobie et la transphobie) »** (CIÉSCAN, 2019, p. 26).

On signale, dans les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, que l'éducation à la santé sexuelle peut contribuer à :
Favoriser le respect des droits de la personne et l'égalité des genres.
Procurer aux personnes les informations nécessaires pour comprendre les dynamiques de pouvoir et de genre.
Favoriser les habiletés nécessaires pour développer et maintenir des relations interpersonnelles consensuelles.
CIÉSCAN (2019)

Des programmes qui abordent les normes de genre, les dynamiques de pouvoir et d'autres enjeux liés à la violence sexuelle et fondée sur le genre (p. ex., consentement, relations saines, résolution non violente des conflits) sont efficaces pour rehausser des attitudes équitables à l'égard du genre, les connaissances sur la violence dans les fréquentations ainsi que la connaissance des ressources pour le soutien (Bonar et coll., 2019; De La Rue et coll., 2017; Claussen, 2017; Lundgren & Amin, 2015; Vladutiu et coll., 2011). Dans certains cas, des interventions éducatives aident également à réduire les actes autodéclarés de violence et le risque d'agression sexuelle (Lundgren & Amin, 2015).

Les programmes d'éducation des témoins se concentrent sur la sensibilisation des participant-es aux mythes concernant les agressions sexuelles, et sur la manière de remarquer les situations à haut risque et de développer les compétences nécessaires pour réagir de manière constructive aux situations (Katz & Moore, 2013).

Une méta-analyse de 12 études a examiné l'efficacité de l'éducation des témoins potentiel-les. En comparaison avec les personnes des groupes de contrôle, les participant-es ayant reçu les interventions à l'étude ont déclaré :
Une plus forte intention d'aider autrui;
Un taux plus élevé de comportements aidants;
Des taux plus faibles d'acceptation de mythes concernant le viol; et
Des taux plus faibles de propension au viol (c.-à-d., disposition autodéclarée à poser des gestes sexuellement violents).
Katz & Moore (2013)

Une recherche ayant examiné des programmes qui ciblent spécifiquement la perpétration d'actes sexuellement violents suggère que les interventions sont les plus efficaces lorsqu'elles couvrent un programme éducatif complet qui présente aux participant-es des occasions de développer les habiletés comportementales appropriées (DeGue et coll., 2014).

Des programmes d'éducation à la santé sexuelle qui sont inclusifs des personnes LGBTQI2SNA+ peuvent aider les participant-es à répondre aux attitudes discriminatoires, à favoriser un environnement scolaire positif et à créer un espace plus sûr pour tou-te-s les élèves (Gegenfurtner & Gebhardt 2017; Meadows, 2018; CIÉSCAN, 2019). Par ailleurs, une éducation plus poussée à la santé sexuelle (par exemple, en couvrant plus de sujets et en les abordant plus fréquemment), en milieu scolaire, est associée à une plus grande volonté des élèves et des enseignant-es d'intervenir lorsqu'ils/elles sont témoins d'intimidation de personnes LGBTQI2SNA+ (Baams et coll., 2017).

Les conclusions de l'Enquête nationale auprès des parents *[National Parent Survey]* du CIÉSCAN (2020) indiquent que les parents au Canada sont favorables à ce que l'éducation à la santé sexuelle aborde la violence sexuelle et fondée sur le genre.

83 % sont d'accord pour dire que l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles devrait promouvoir l'égalité des genres et la prévention de la violence fondée sur le genre.

96 % sont favorables à l'enseignement concernant le consentement sexuel.

Les parents appuyaient également l'enseignement de sujets spécifiques à la prévention de la violence sexuelle et fondée sur le genre.

97 % indiquent que l'éducation à la santé sexuelle devrait couvrir le thème de la violence sexuelle et fondée sur le genre.

98 % sont favorables à l'enseignement sur la résolution non violente de conflits dans les relations.

92 % sont favorables à l'enseignement concernant les rôles et stéréotypes de genres.

Une éducation complète à la santé sexuelle qui intègre des normes et des principes actualisés et fondés sur des preuves est essentielle pour réduire le risque de violence sexuelle et sexiste chez les enfants, les adolescent-es et les adultes.

RÉFÉRENCES

Baams, L., Dubas, J.S., & van Aken, M.A. (2017). Comprehensive sexuality education as a longitudinal predictor of LGBTQ name-calling and perceived willingness to intervene in school. *Journal of Youth and Adolescence, 46*, 931-942.

Bonar, E.R., Rider-Milkovich, H.M., Huhman, A.K., McAndrew, L., Goldstick, J.E., Cunningham, R.M., & Walton, M.A. (2019). Description and initial evaluation of a values-based campus sexual assault prevention programme for first-year college students. *Sex Education, 19*(1), 99-113.

Boyce, J. (2016). *La victimisation chez les Autochtones au Canada, 2014*. Juristat. Statistique Canada.

Bucik, A. (2016). *Canada: Discrimination and violence against lesbian, bisexual, and transgender women and gender diverse and Two Spirit people on the basis of sexual orientation, gender identity and gender expression*. Egale Canada Human Rights Trust in partnership with the International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association - North America Region (ILGA-NA).

Burczycka, M. (2018). *La victimisation avec violence chez les Canadiens ayant une incapacité liée à la santé mentale, 2014*. Juristat. Statistique Canada.

Burczycka, M., & Conroy, S. (2018). *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2016*. Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.

CIÉSCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

CIÉSCAN. (2020). *National Parent Survey: Canadian parents' opinions on sexual health education in schools*. Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN).

Claussen, C. (2017). The WiseGuyz program: Sexual health education as a pathway to supporting changes in endorsement of traditional masculinities. *Journal of Men's Studies, 25*(2), 150-167.

Conroy, S., & Cotter, A. (2017). *Les agressions sexuelles autodéclarées au Canada, 2014*. Canada: Statistique Canada.

Cotter, A. (2018). *La victimisation avec violence chez les femmes ayant une incapacité, 2014*. Juristat. Statistique Canada.

DeGue, S., Valle, L.A., Holt, M.K., Massetti, G.M., Matjasko, J.L., & Tharp, A.T. (2014). A systematic review of primary prevention strategies for sexual violence perpetration. *Aggression and Violent Behavior, 19*, 346-362.

De La Rue, L., Polanin, J.R., Espelage, D.L., & Pigott, T.D. (2017). A meta-analysis of school-based interventions aimed to prevent or reduce violence in teen dating relationships. *Review of Educational Research, 87*(1), 7-34.

Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées.* Volume 1a.

Gegenfurtner, A., & Gebhardt, M. (2017). Sexuality education including lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) issues is schools. *Educational Research Review, 22, 215-222.*

Gouvernement du Canada. (2018a). *À propos de la violence fondée sur le sexe.* https://cfc-swc.gc.ca/violence/knowledge-connaissance/about-apropos-fr.html

Gouvernement du Canada. (2018b). *Il est temps de tirer un constat : Qui la violence fondée sur le sexe touche-t-elle?* https://cfc-swc.gc.ca/violence/knowledge-connaissance/fs-fi-2-fr.html

Jones, L., Bellis, M.A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare, T., & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet, 380*, 899-907.

Katz, J., & Moore, J.M. (2013). Bystander education training for campus sexual assault prevention: An initial meta-analysis. *Violence and Victims, 28*(6), 1054-1067.

Lundgren, R., & Amin, A.A. (2015). Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: Emerging evidence of effectiveness. *Journal of Adolescent Health, 56*, S42-S50.

McDaniels, B., & Fleming, A. (2016). Sexuality education and intellectual disability: Time to address the challenge. *Sexuality and Disability, 34*, 215-225.

Meadows, E. (2018) Sexual health equity in schools: Inclusive sexuality and relationship education for gender and sexual minority students. *American Journal of Sexuality Education, 13*(3), 297-309.

Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes.* Organisation mondiale de la Santé : Genève, Suisse.

Organisation mondiale de la Santé. (2011). *Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women.* Organisation mondiale de la Santé : Genève, Suisse.

Rotenburg, C. (2017). *Les agressions sexuelles déclarées par la police au Canada, 2009 à 2014 : un profil statistique.* Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.

Scheim, A.I., Jackson, R., James, L., Dopler, T.S., Pyne, J., & Bauer, G. (2013). Barriers to well-being for Aboriginal gender-diverse people: Results from the Trans PULSE project in Ontario, Canada. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care, 6*(4), 108-120.

Simpson, L. (2018). *La victimisation avec violence chez les lesbiennes, gais et bisexuels au Canada.* Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.

Stermac, L., Cripps, J., Badali, V., & Amiri, T. (2018). Sexual coercion experiences among Canadian university students with disabilities. *Journal of Postsecondary Education and Disability, 31*(4), 321-333.

The Trans PULSE Canada Team (2020). *Health and healthcare access for trans and non-binary people in Canada.* https://transpulsecanada.ca/results/report-1

Vladutiu, C.J., Martin, S.L., & Macy, R.J. (2011). College- or university- based sexual assault prevention programs: A review of program outcomes, characteristics, and recommendations. *Trauma, Violence, & Abuse, 12*(2), 67-86.

Wathen, C.N., MacGregor, J.C., & MacQuarrie, B.J. (2015). The impact of domestic violence in the workplace: Results from a pan-Canadian survey. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 57*(7), e65-e71.

Wisdom2Action. (2019). *LGBTQ+ youth priorities for addressing gender-based violence: Report of a youth engagement project led by Wisdom2Action for the Public Health Agency of Canada.* https://www.wisdom2action.org/wp-content/uploads/2019/06/GBV-Final-Report.pdf

Wissink, I.B., van Vugt, E., Moonen, X., Stams, G-J.J., & Hendricks, J. (2015). Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): A narrative review. *Research in Developmental Disabilities, 36*, 20-35.

QUESTION 8 :

QUELS SONT LES BIENFAITS ÉCONOMIQUES DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE?

Les résultats évitables qui peuvent nuire à la santé sexuelle et génésique posent une menace considérable à la santé et au bien-être des individus, familles et communautés du Canada.

Au-delà des résultats négatifs sur le plan personnel et social, des problèmes de santé sexuelle et génésique qui sont évitables entraînent également des coûts considérables pour le Canada, sous forme de dépenses en soins de santé, de pertes de productivité, de coûts en matière de justice pénale, et autres. Nous décrivons ci-dessous certains des coûts économiques importants des résultats négatifs en santé sexuelle et génésique au Canada.

> L'ensemble des coûts associés aux résultats négatifs évitables, comme les infections transmissibles sexuellement (ITS) incluant le VIH, les grossesses non planifiées, les agressions sexuelles et d'autres délits sexuels, au Canada, peut être estimé de manière conservatrice à plus de 6 milliards $ par année.

La mise en œuvre à grande échelle de programmes d'éducation complète à la santé sexuelle est un élément important d'une stratégie efficace pour réduire les coûts économiques et sociaux des résultats négatifs en matière de santé sexuelle et génésique, pour la société canadienne.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Selon l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), les ITS **« représentent un coût important sur le plan physique, émotionnel, social et économique pour les individus, les communautés et la société »** (p. 1).

Il a été estimé que le coût du traitement à vie de chaque infection à VIH en Ontario est d'approximativement 287 000 $ (Choi et coll., 2016). Si l'on inclut les dépenses pour les soins de santé, la perte de productivité et de qualité de vie, la Société canadienne du sida estime que chaque nouveau cas d'infection à VIH entraîne des coûts de 1,3 million $ par personne (Kingston-Riechers, 2011). Au total, les dépenses concernant le VIH/sida au Canada en 2017 ont été d'approximativement 686 millions $ (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2018).

Les taux déclarés d'ITS bactériennes répandues ont connu une augmentation au Canada. De 2008 à 2017, le taux déclaré de chlamydia a augmenté de 39 %, celui de la gonorrhée a augmenté de 109 % et celui de la syphilis infectieuse a augmenté de 167 % (Agence de la santé publique du Canada, 2019). Les coûts directs et indirects associés à ces cas d'infections bactériennes transmissibles sexuellement ainsi qu'à leur traitement sont importants (Owusu-Edusei et coll., 2013; Smylie et coll., 2011; Tuite et coll., 2012).

Notamment, Smylie et coll. (2011) ont estimé que les coûts directs et indirects associés à la chlamydia et à la gonorrhée atteignaient jusqu'à 178 millions $ par année. Compte tenu de l'augmentation du nombre de cas déclarés de ces ITS au cours des récentes années, les coûts associés sont susceptibles également d'avoir augmenté considérablement.

Le virus du papillome humain (VPH) est l'ITS la plus répandue au pays. Le VPH est

la principale cause de cancer du col utérin, buccal, anal, vulvaire, vaginal et pénien. Selon la Société canadienne du cancer (2016), il y a eu 4 375 cas de cancers associés au VPH en 2016. De ce nombre, 35 % étaient des cancers du col utérin et 35 % étaient des cancers à la bouche.

Une étude des coûts médicaux directs des maladies associées au VPH dans la province du Manitoba a indiqué un coût médian du traitement de 15 000 $ par cas de cancer du col et de 33 000 $ par cas de cancer buccal (Righolt et coll., 2018). L'extrapolation de ces chiffres pour estimer les coûts des traitements de cancers buccal et du col à l'échelle du Canada conduit au chiffre approximatif de 73,5 millions $ par année.

Par ailleurs, il a été estimé que les coûts du traitement des verrues génitales au Canada étaient de 9,2 millions $ par année (Lalonde, 2007). La colposcopie associée à l'infection à VPH est une intervention diagnostique fréquente, invasive et coûteuse (Benedict et coll., 2005; Brisson et coll., 2007).

D'autres coûts médicaux considérables sont associés également à d'autres ITS (Owusu-Edusei et coll., 2013), notamment à l'herpès génital (Szucs et coll., 2001) et à l'hépatite B (Gagnon et coll., 2004).

D'après les recherches examinant les coûts médicaux directs et autres coûts associés à diverses ITS, nous pouvons conclure que le fardeau économique total des ITS au Canada dépasse très probablement la somme de 1 milliard $ par année.

GROSSESSES NON PLANIFIÉES

Une portion des grossesses non planifiées n'est toutefois pas non désirée et aboutit à des expériences positives pour les parents et leurs enfants. Cependant, une forte proportion des grossesses non planifiées s'observe chez des personnes qui ne désirent pas être enceintes – et ces grossesses entraînent des coûts économiques considérables. Des estimations récentes indiquent qu'il se produit plus de 39 000 grossesses non planifiées chez les adolescentes et femmes de 15 à 19 ans au Canada, chaque année, avec des coûts directs de 60 millions $ (Black et coll., 2019).

Pour l'ensemble de toutes les femmes au Canada, on estime qu'il y a 180 000 grossesses non planifiées chaque année et que les coûts directs s'élèvent à approximativement 320 millions $ (Black et coll., 2015).

AGRESSIONS SEXUELLES ET AUTRES DÉLITS SEXUELS

En plus d'importantes répercussions néfastes sur les personnes survivantes et sur leurs familles, les agressions sexuelles et autres délits sexuels entraînent des coûts économiques considérables, au Canada.

Un rapport du ministère de la Justice a établi que les coûts de justice pénale, les coûts subis par les survivant-es et de tierces parties, en lien avec les agressions sexuelles et autres délits sexuels au Canada, totalisaient 4,8 milliards $ en 2009 (Hoddenbagh et coll., 2014).

RÉDUIRE LES COÛTS ÉCONOMIQUES DES RÉSULTATS QUI NUISENT À LA SANTÉ SEXUELLE : LE RÔLE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE

Au Canada, le fardeau économique lié à des résultats qui affectent négativement la santé sexuelle, comme les ITS, les grossesses non planifiées, les agressions sexuelles et autres délits sexuels, dépasse probablement les 6 milliards $ par année.

La mise en œuvre à grande échelle d'une éducation complète à la santé sexuelle au Canada, en particulier dans les écoles, qui ont la capacité de joindre presque toutes les jeunes personnes, offre le potentiel de réduire considérablement ces coûts économiques.

Comme nous le démontrons dans d'autres parties de ce document, des programmes d'éducation à la santé sexuelle qui sont bien conçus et bien réalisés peuvent être efficaces pour aider les jeunes à :
Réduire les risques d'ITS (voir la Question 9)
Accroître l'utilisation de contraceptifs (voir la Question 9)
Réduire la possibilité d'activité sexuelle non consensuelle (voir la Question 7 et la Question 16)

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Un cadre d'action pancanadien sur les ITSS : Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030.* Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada.

Agence de la santé publique du Canada. (2019). *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada, 2017.* Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada.

Benedict, J.L., Bertrand, M.A., Matisic, J.M., & Garner, D. (2005). Costs of colposcopy services and their impact on the incidence and mortality rate of cervical cancer in Canada. *Journal of Lower Genital Tract Disease, 9*(3), 160-166.

Black, A., Downey, A., Thavorn, K., & Trussell, J. (2019). The cost of unintended pregnancies in Canadian adolescents and the potential impact of increased use of long-acting reversible contraceptives. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada, 41*(5), 711-711.

Black, A.Y., Guilbert, E., Hassan, F., Chatziheofilou, I., Lowin, J., Jeddi, M., Filonenko, A., & Trussell J. (2015). The cost of unintended pregnancies in Canada: Estimating direct cost, role of imperfect adherence, and the potential impact of increased use of long-acting reversible contraceptives. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada, 37*(12), 1086-97.

Brisson, M., Van de Velde, N., De Wals, P., & Boily, M.C. (2007). Potential cost-effectiveness of prophylactic human papillomavirus vaccines in Canada. *Vaccine, 25*, 5399-5408.

Choi, S.K., Holtgrave, D.R., Bacon, J., Kennedy, R., Lush, J., McGee, F., Tomlinson, G.A., & Rourke, S.B. (2016). Economic evaluation of community-based HIV prevention programs in Ontario: Evidence of effectiveness in reducing HIV infections and health care costs. *AIDS and Behavior, 20*(6), 1143-1156.

Comité consultatif de la Société canadienne du cancer. (2016). *Statistiques canadiennes sur le cancer.* Toronto, ON: Société canadienne du cancer. http://www.cancer.ca/~/media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2016-FR.pdf?la=fr-CA

Gagnon, Y., Levy, A., Iloeje, U., & Briggs, A. (2004). Treatment costs in Canada of health conditions resulting from chronic Hepatitis B infection. *Journal of Clinical Gastroenterology, 38*(Suppl), S179-S186.

Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. (2018). Spending on health and HIV/AIDS: Domestic health spending and development assistance in 188 countries, 1995-2015. *Lancet, 391*(10132), 1799-1829.

Hoddenbagh, J., McDonald, S.E., & Zhang, T. (2014). *Estimation de l'incidence économique des crimes violents au Canada en 2009.* Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Justice du Canada.

Kingston-Riechers, J. (2011). *Le coût économique du VIH/sida au Canada.* Société canadienne du sida.

Lalonde, A. (2007). Cost-benefit analysis of HPV vaccination. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada, 29*(8), Supplément 3, s43-s49.

Owusu-Edusei, K., Chesson, H.W., Gift, T.L., Tao, G., Mahajan, R., Bañez Ocfemia, M.C., & Kent, C.K. (2013). The estimated direct medical cost of selected sexually transmitted infections in the United States, 2008. *Sexually Transmitted Diseases, 40*(3), 197-201.

Righolt, C.H., Pabla, G., & Mahmud, S.M. (2018). The direct medical costs of diseases associated with human papillomavirus infection in Manitoba, Canada. *Applied Health Economics and Health Policy, 16*(2), 195-205.

Szucs, T.D., Berger, K., Fisman, D.N., & Harbarth, S. (2001). The estimated economic burden of genital herpes in the United States. An analysis using two costing approaches. *BMC Infectious Diseases, 1*(1), 5-5.

Smylie, L., Lau, P., Lerch, R., Kennedy, R., Bennett, B., Clarke, B., & Diener, A. (2011). The economic burden of chlamydia and gonorrhoea in Canada. *Sexually Transmitted Infections, 87*, A156.

Tuite, A.R., Jayaraman, G.C., Allen, V.G., & Fisman, D.N. (2012). Estimation of the burden of disease and costs of genital chlamydia trachomatis infection in Canada. *Sexually Transmitted Diseases, 39*, 260-7.

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

PARTIE B :

L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE À L'ÉCOLE

© Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

QUESTION 9 :

EXISTE-T-IL DES DONNÉES DÉMONTRANT QUE L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE PEUT RÉDUIRE LES RÉSULTATS NÉGATIFS ET ACCROÎTRE LES RÉSULTATS POSITIFS DE SANTÉ SEXUELLE CHEZ LES JEUNES?

RÉDUIRE LES RÉSULTATS NÉGATIFS DE SANTÉ SEXUELLE CHEZ LES JEUNES (P. EX., ITS/VIH, GROSSESSE NON PLANIFIÉE)

Un vaste corpus d'études publiées et examinées par des pair-es ont mesuré l'impact comportemental d'interventions en santé sexuelle auprès d'adolescent-es et ont conduit à une conclusion définitive :

Des interventions en santé sexuelle auprès d'adolescent-es peuvent avoir un impact positif considérable sur les comportements liés à la santé sexuelle (p. ex., amorce retardée de l'activité sexuelle; utilisation accrue de condoms et d'autres contraceptifs).

(Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2018)

Le *Compendium of Evidence-Based HIV Interventions and Best Practices for HIV Prevention* des U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2019) compte un certain nombre de programmes pour les adolescent-es qui ont été rigoureusement évalués et qui présentent une efficacité démontrée pour réduire l'incidence du VIH, des infections transmissibles sexuellement (ITSS) et des comportements sexuels à risque.

Des examens ont également démontré l'impact comportemental positif de programmes d'éducation à la santé sexuelle adéquatement conçus (Bennett & Assefi, 2005; Chin et coll., 2012; Johnson et coll., 2011; Kirby et coll., 2007; Protogerou & Johnson, 2014). En particulier, la recherche indique clairement que des programmes d'éducation peuvent être efficaces à accroître l'utilisation de contraceptifs chez les jeunes sexuellement actif(-ve)s (Lopez et coll., 2016a; Lopez et coll., 2016b) et à améliorer les habiletés de communication et d'autoefficacité afin de réduire le risque d'ITS (Mon Kyaw Soe et coll., 2016; Morales et coll., 2016).

Un examen systématique résumant 224 essais contrôlés sur les effets d'interventions en milieu scolaire pour améliorer la santé sexuelle a conclu que :

« Les interventions complètes, celles ciblant la prévention du VIH, et les cliniques en milieu scolaire se sont avérées efficaces pour améliorer les connaissances et modifier les attitudes, les comportements et les résultats de santé. » (Denford et coll., 2017, p. 33)

ACCROÎTRE LES RÉSULTATS POSITIFS DE SANTÉ SEXUELLE CHEZ LES JEUNES (P. EX., ACCÈS AUX SERVICES, RELATIONS RESPECTUEUSES ET SATISFAISANTES)

Un corpus de recherches limité, mais croissant, a évalué les effets de l'éducation à la santé sexuelle sur les résultats positifs de santé sexuelle et génésique. Selon ces recherches, l'éducation à la santé sexuelle peut être

efficace pour améliorer la santé et le bien-être sexuels des jeunes (Constantine et coll., 2015; Rohrbach et coll., 2015; Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2018).

> Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* précisent que, pour être pleinement efficaces, **les programmes d'éducation à la santé sexuelle devraient porter à la fois sur les aspects de la sexualité humaine qui sont positifs et qui enrichissent les relations humaines, et sur la prévention des résultats négatifs** (CIÉSCAN, 2019).

Traditionnellement, l'éducation à la santé sexuelle a porté principalement, voire exclusivement, sur la prévention du risque. Toutefois, il est de plus en plus reconnu qu'une approche axée uniquement sur la prévention met l'accent sur les aspects négatifs et peut contribuer à un sentiment de honte et à la stigmatisation. **Une approche d'éducation plus équilibrée en matière de santé sexuelle peut habiliter les jeunes à protéger leur santé sexuelle et à l'améliorer.**

Des sondages auprès des jeunes Canadien-nes indiquent clairement qu'ils et elles veulent que leurs programmes d'éducation à la santé sexuelle abordent les aspects positifs de la santé sexuelle, comme les relations saines et les habiletés de communication (voir la Question 13).

Une étude a comparé les résultats de santé sexuelle d'élèves de niveau secondaire ayant reçu une éducation à la santé sexuelle fondée sur les droits avec ceux d'un groupe témoin ayant reçu une éducation à la santé sexuelle standard (Constantine et coll., 2015). Le programme d'éducation à la santé sexuelle fondée sur les droits abordait plusieurs aspects positifs de la sexualité, notamment les relations et les droits sexuels, en plus d'inclure les facteurs sociaux qui influencent la vie sexuelle des adolescent-es, comme les rôles et l'identité de genre, l'orientation sexuelle et les dynamiques de pouvoir au sein des relations.

Comparativement aux membres du groupe témoin, les élèves qui ont terminé ce programme ont déclaré :
Une meilleure communication sur la sexualité;
Des attitudes plus positives à l'égard des droits dans les relations sexuelles;
Un accès accru à l'information sur la santé sexuelle; et
Une connaissance rehaussée des services de santé sexuelle.

Constantine et coll. (2015)

Lors d'un suivi auprès des participant-es un an plus tard, les chercheur(-euse)s ont déterminé que le programme avait eu des effets positifs durables (Rohrbach et coll., 2015). Par exemple, les élèves du groupe de l'éducation fondée sur les droits ont déclaré des attitudes plus positives à l'égard des droits sexuels et étaient plus susceptibles d'avoir eu recours à des services de santé sexuelle.

RÉFÉRENCES

Bennett, S.E., & Assefi, N.P. (2005). School-based teenage pregnancy prevention programs: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Adolescent Health, 36*(1), 72-81.

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Compendium of evidence-based interventions and best practices for HIV prevention.* Centers for Disease Control and Prevention, National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB. http://www.cdc.gov/hiv/prevention/research/compendium/.

Chin, H.B., Sipe, T.A., Elder, R., Mercer, S.L., Chattopadhyay, S.K., Jacob, V., Ethington, H.R., Kirby, D., Elliston, D.B., Griffith, M., Chuke, S.O., Briss, S.C., Ericksen, I., Galbraith, J.S., Herbst, J.H., Johnson, R.L., Kraft, J.M., Noar, S.M., Romero, L.M.

Community Preventive Services Task Force. (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections. *American Journal of Preventive Medicine, 42*(3), 272-294.

CIÉSCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

Constantine, N.A., Jerman, P., Berglas, N.F., Angulo-Olaiz F., Chou C.P., & Rohrbach L.A. (2015). Short-term effects of a rights-based sexuality education curriculum for high-school students: A cluster-randomized trial. *BMC Public Health, 15*(1), 293.

Denford, S., Abraham, C., Campbell, R., & Busse, H. (2017). A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual-health. *Health Psychology Review, 11*(1), 33-52.

Johnson, B.T., Scott-Sheldon, L.A., Huedo-Medina, T.B., & Carey, M.P. (2011). Interventions to reduce sexual risk for HIV in adolescents: A meta-analysis of trials, 1985-2008. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 165*(1), 77-84.

Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health, 40*(3), 206-217.

Lopez, L.M., Bernholc, A., Chen, M., & Tolley, E.E. (2016a). School based interventions for improving contraceptive use in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.:CD012249.

Lopez, L.M, Grey. T.W., Chen, M., Tolley E.E, & Stockton, L.L. (2016b). Theory-based interventions for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. No.: CD007249.

Mon Kyaw Soe, N., Bird, Y., Schwandt, M., & Moraros, J. (2018). STI health disparities: A systematic review and meta analysis of the effectiveness of preventive interventions in educational settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(12), 2819.

Morales, A., Espada, J. P., Orgilés, M., Escribano, S., Johnson, B. T., & Lightfoot, M. (2018). Interventions to reduce risk for sexually transmitted infections in adolescents: A meta-analysis of trials, 2008-2016. *PloS One, 13(6), e0199421- e0199421.*

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. (2018). *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : Une approche factuelle*. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). Paris, France.

Protogerou, C., & Johnson, B.T. (2014). Factors underlying the success of behavioral HIV-prevention interventions for adolescents: A meta-review. *AIDS and Behavior, 18*, 1847-1863.

Rohrbach, L.A., Berglas, N.F., Jerman, P., Angulo-Olaiz F., Chou, C.P., & Constantine, N.A. (2015). A rights-based sexuality education curriculum for adolescents: 1-year outcomes from a cluster-randomized trial. *Journal of Adolescent Health, 57*, 399-406.

QUESTION 10 :

LES PROGRAMMES VISANT UNIQUEMENT L'ABSTINENCE SONT-ILS UNE FORME EFFICACE D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE À L'ÉCOLE?

Une somme considérable de données de recherches indique clairement que la plupart des programmes d'éducation sexuelle axés uniquement sur l'abstinence ne sont pas efficaces pour persuader les jeunes de retarder leur première relation sexuelle ou pour prévenir la grossesse non planifiée chez les adolescent-es. (Bennett & Assefi, 2005; Chin et coll., 2012, Johnson et coll., 2011; Kirby, 2008; Protogerou & Johnson, 2014; Underhill et coll., 2007.)

Le mot **« abstinence »** est généralement compris comme signifiant « ne pas avoir de relations sexuelles avant le mariage ».

Cependant, « abstinence » peut se voir attribuer diverses définitions, notamment celles-ci :

- Ne pas avoir de relations sexuelles avec pénétration jusqu'à un certain moment futur.
- N'avoir aucune forme d'activité sexuelle avec un-e partenaire (p. ex., pénétration sexuelle, sexe oral, toucher).
- S'abstenir de se masturber.

Le mot **« abstinence »** peut être très ambigu et devrait être employé avec prudence – voire évité – lorsqu'il s'agit de définir les objectifs de l'éducation à la santé sexuelle pour les jeunes.

Plutôt que de fournir une information complète et exacte que les jeunes peuvent utiliser pour prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé et de leur bien-être sexuels, les programmes axés exclusivement sur l'abstinence enseignent **« que l'abstinence sexuelle est la seule option moralement acceptable pour les jeunes et qu'elle constitue le seul moyen sûr et efficace d'éviter la grossesse non intentionnelle et les ITS. [De tels programmes] ne parlent généralement pas des méthodes contraceptives ou des condoms, sauf pour insister sur leurs taux d'échec »** (Kaiser Family Foundation, 2018, p. 1).

Au Canada, plusieurs ministères provinciaux/territoriaux de l'Éducation ont adopté des approches plus équilibrées, dans leurs programmes d'éducation sur la santé sexuelle. Dans certains milieux, cependant, on continue d'appliquer des approches et d'offrir des exposés qui sont axés uniquement sur l'abstinence.

Deux questions clés se manifestent lorsqu'on évalue l'à-propos de l'abstinence exclusive en tant que fondement de l'éducation à la santé sexuelle à l'école :

1. Les programmes axés uniquement sur l'abstinence sont-ils efficaces pour persuader les jeunes personnes de ne pas commencer à être sexuellement actives?
2. Les programmes axés uniquement sur l'abstinence respectent-ils le droit des jeunes de prendre des décisions pleinement éclairées et en accord avec leurs propres valeurs relatives à la santé sexuelle et génésique?

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* affirment : **« Le contenu présenté dans les programmes d'éducation à la santé sexuelle devrait être fondé sur les preuves de recherches scientifiques actuelles et dignes de confiance ainsi que sur les pratiques exemplaires. »** (CIÉSCAN, 2019, p. 27).

Rares sont les cas d'interventions axées sur l'abstinence, à l'intention des plus jeunes (p. ex., les 10 à 14 ans) qui ont conduit à une activité sexuelle réduite (en comparaison avec des jeunes qui n'ont pas reçu d'éducation sexuelle). De plus, ces programmes négligent de fournir d'importantes informations de santé à propos de la grossesse non intentionnelle et/ou de la prévention du VIH et des ITS aux élèves qui deviennent sexuellement actif(-ve)s pendant le programme ou au cours des mois ou années qui suivent (Chin et coll., 2012).

Dans un examen systématique de programmes scolaires axés sur l'abstinence uniquement, Denford et coll. (2017) ont signalé que ces programmes ne sont pas efficaces pour influencer le comportement dans le sens souhaité et peuvent en fait, dans certains cas, faire augmenter l'activité sexuelle, les cas d'ITS et les grossesses non intentionnelles parmi les adolescent-es. Ces conclusions sont appuyées par de récentes recherches états-uniennes indiquant que les programmes axés uniquement sur l'abstinence, dans certains États, ont conduit à une augmentation des taux de naissance chez les adolescentes (Fox et coll., 2019).

Un principe fondamental énoncé dans les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2019) affirme : **« L'éducation à la santé sexuelle devrait encourager et favoriser le droit de chaque personne de prendre des décisions éclairées et autonomes. »** (CIÉSCAN, 2019, p. 26).

En faisant omission d'informations complètes et exactes qui sont nécessaires à la prise de décisions pleinement éclairées en matière de santé sexuelle et génésique, l'éducation axée uniquement sur l'abstinence enfreint des principes d'éthique (Santelli et coll., 2017). De plus, les programmes axés uniquement sur l'abstinence sont critiqués parce qu'ils ne fournissent pas certaines informations potentiellement salvatrices (p. ex., sur la forte efficacité des condoms pour la prévention du VIH) et ne tiennent pas compte des réalités des jeunes qui sont déjà sexuellement actif(-ve)s.

En outre, les jeunes qui vivent des abus ou de l'exploitation à caractère sexuel sont habituellement présenté-es dans un contexte entièrement hétérosexuel, dans les programmes d'éducation axés uniquement sur l'abstinence, ce qui fait fi des jeunes LGBTQI2SNA+ tout en les stigmatisant (Society for Adolescent Health and Medicine, 2017).

LGBTQI2SNA+ : *Lesbiennes, gais, bisexuel-les, trans, queer, intersexué-es, bispirituel-les, non binaires, asexuel-les et autres identités émergentes.*

RÉFÉRENCES

Bennett, S.E., & Assefi, N.P. (2005). School-based teenage pregnancy prevention programs: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Adolescent Health, 36*(1), 72-81.

Chin, H.B., Sipe, T.A., Elder, R., Mercer, S.L., Chattopadhyay, S.K., Jacob, V., Ethington, H.R., Kirby, D., Elliston, D.B., Griffith, M., Chuke, S.O., Briss, S.C., Ericksen, I., Galbraith, J.S., Herbst, J.H., Johnson, R.L., Kraft, J.M., Noar, S.M., Romero, L.M…Community Preventive Services Task Force. (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections. American *Journal of Preventive Medicine, 42*(3), 272-294.

CIÉSCAN. (2019a). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

Denford, S., Abraham, C., Campell, R., & Busse, H. (2017). A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual-health. *Health Psychology Review, 11*(1), 33-52.

Fox, A.M., Himmelstein, G., Khalid, H., & Howell, E.A. (2019). Funding for abstinence-only education and adolescent pregnancy prevention: Does state ideology affect outcomes? *American Journal of Public Health, 109*(3), 497-504.

Johnson, B.T., Scott-Sheldon, L.A., Huedo-Medina, T.B., & Carey, M.P. (2011). Interventions to reduce sexual risk for HIV in adolescents: A meta-analysis of trials, 1985-2008. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 165*(1), 77-84

Kaiser Family Foundation. (2018). *Abstinence Education Programs: Definition, Funding, and Impact on Teen Sexual Behavior.* https://www.kff.org/womens-health-policy/fact-sheet/abstinence-education-programs-definition-funding-and-impact-on-teen-sexual-behavior/

Kirby, D.B. (2008). The impact of abstinence and comprehensive sex and STD/HIV education programs on adolescent sexual behavior. *Sexuality Research & Social Policy, 5*(3), 18-27.

Protogerou, C., & Johnson, B.T. (2014). Factors underlying the success of behavioral HIV-prevention interventions for adolescents: A meta-review. *AIDS and Behavior, 18*, 1847-1863.

Santelli, J.S., Kantor, L.M., Grilo, S.A., Speizer, I.S., Lindberg, L.D., Heitel, J., Schalet, A.T., Lyon, M.E., Mason-Jones, A.J., McGovern, T., Heck, C.J., Rogers, J., & Ott, M.A. (2017). Abstinence-only until-marriage: An updated review of U.S. policies and programs and their impact. *Journal of Adolescent Health, 61*(3), 273-280.

Society for Adolescent Health and Medicine. (2017). Abstinence-only-until-marriage policies and programs: An updated position paper of the society for adolescent health and medicine. *Journal of Adolescent Health, 61*(3), 400-403.

Underhill, K., Operario, D., & Montgomery, P. (2007). Abstinence-only programs for HIV infection prevention in high income countries. *The Cochrane Database of Systematic Reviews,* (4), CD005421.

QUESTION 11 :

LA PRESTATION D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE À L'ÉCOLE CONDUIT-ELLE À L'ACTIVITÉ SEXUELLE PLUS PRÉCOCE OU PLUS FRÉQUENTE?

La réponse à cette question est un « non » sans équivoque.

Un vaste corpus de recherches montre de manière claire et irrévocable que l'éducation complète à la santé sexuelle ne conduit PAS à l'activité sexuelle plus précoce ou plus fréquente.

D'après des études à grande échelle aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Irlande, les jeunes personnes qui ont reçu une éducation à la santé sexuelle à l'école étaient plus susceptibles que celles qui n'en ont pas reçu de déclarer avoir eu leur première relation sexuelle à un âge plus avancé (Bourke et coll., 2014; Lindberg & Maddow-Zimet, 2012; Macdowall et coll., 2015).

Dans une méta-analyse de 174 études sur l'impact de différents types d'interventions de promotion de la santé sexuelle, l'éducation à la santé sexuelle n'avait pas augmenté par inadvertance la fréquence des comportements sexuels ou le nombre de partenaires. (Smoak et coll., 2006).

Plus précisément, un examen de 66 études mesurant l'impact comportemental d'une éducation à la santé sexuelle généraliste pour les jeunes, comprenant des informations sur l'abstinence, la contraception et la prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS) et du VIH (p. ex., utilisation du condom), a conclu que ces programmes ne précipitent pas ou n'accroissent pas les comportements sexuels, mais qu'ils conduisent plutôt à **« … des diminutions de l'activité sexuelle et de sa fréquence, chez les adolescent-es, comparativement aux adolescent-es n'ayant pas reçu l'intervention »** (Chin et coll., 2012, p. 286-287).

D'autres examens d'études évaluant les effets de l'éducation à la santé sexuelle arrivent à la même conclusion :

L'éducation à la santé sexuelle chez les jeunes ne conduit PAS à des comportements sexuels plus précoces ou plus fréquents (Johnson et coll., 2011; Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2018).

RÉFÉRENCES

Bourke, A., Boduszek, D., Kelleher, C., McBride, O., & Morgan, K. (2014). Sex education, first sex and sexual health outcomes in adulthood: Findings from a nationally representative sexual health survey. *Sex Education, 14*(3), 299-309.

Chin, H.B., Sipe, T.A., Elder, R., Mercer, S.L., Chattopadhyay, S.K., Jacob, V., Ethington, H.R., Kirby, D., Elliston, D.B., Griffith, M., Chuke, S.O., Briss, S.C., Ericksen, I., Galbraith, J.S., Herbst, J.H., Johnson, R.L., Kraft, J.M., Noar, S.M., Romero, L.M. Community Preventive Services Task Force. (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections. *American Journal of Preventive Medicine, 42*(3), 272-294.

Johnson, B.T., Scott-Sheldon, L.A., Huedo-Medina, T.B., & Carey, M.P. (2011). Interventions to reduce sexual risk for HIV in adolescents: A meta-analysis of trials, 1985-2008. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 165*(1), 77-84.

Lindberg, L.D., & Maddow-Zimet, I. (2012). Consequences of sex education on teen and young adult sexual behaviors and outcomes. *Journal of Adolescent Health, 51*(4), 332-338.

Macdowall, W., Jones, K.G., Tanton, C., Clifton, S., Copas, A.J., Mercer, C.H., Palmer, M., Lewis, R., Datta, J., Mitchell, K.R., Field, N., Sonnenberg, P., Johnson, A.M., & Wellings, K. (2015). Associations between source of information about sex and sexual health outcomes in Britain: Findings from the third national survey of sexual attitudes and lifestyles (natsal-3). *BMJ Open, 5*(3), e007837-e007837.

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. (2018). Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : Une approche factuelle. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). Paris, France.

Smoak, N.D., Scott-Sheldon, L.A., Johnson, B.T., & Carey, M.P. (2006). Sexual risk interventions do not inadvertently increase the overall frequency of sexual behavior: A meta-analysis of 174 studies with 116,735 participants. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome, 41*(3), 374-384.

QUESTION 12 :

LES PARENTS SONT-ILS EN FAVEUR DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE À L'ÉCOLE?

Oui.

La majorité des parents reconnaissent que les écoles devraient jouer un rôle clé dans l'éducation à la santé sexuelle de leurs enfants.

Une série de sondages auprès de plus de 15 000 parents de l'Ontario et des autres régions du Canada démontre clairement qu'une forte majorité de parents sont en faveur de l'enseignement de l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles (Advisory Committee on Family Planning, 2008; Ipsos, 2018; McKay et coll., 2014; McKay et coll., 1998; CIÉSCAN, 2020; Weaver et coll., 2002).

La Figure 1 présente les résultats de l'Enquête nationale auprès des parents *[National Parent Survey]* réalisée par le CIÉSCAN (2020) à travers le Canada.

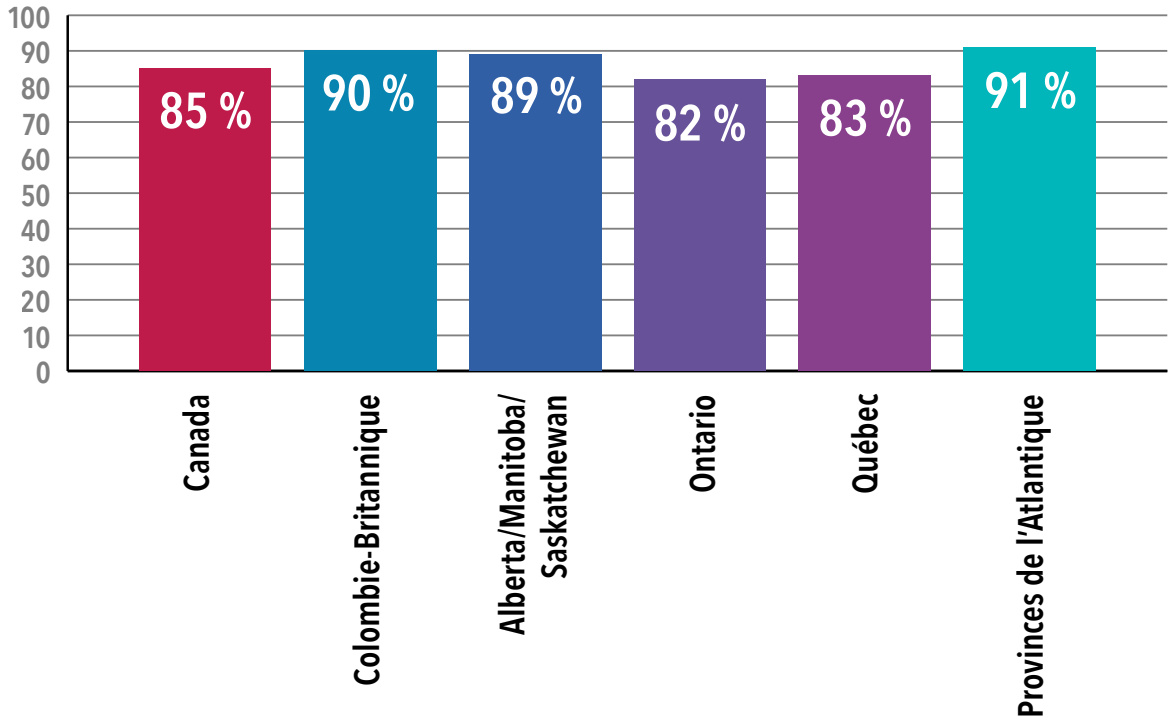

Figure 1 : Pourcentage de parents/tuteur(-trice)s en accord avec l'énoncé selon lequel « Une éducation à la santé sexuelle devrait être fournie dans les écoles ». N = 2 000 (CIÉSCAN, 2020)

Dans l'Enquête nationale auprès des parents (2020) du CIÉSCAN, 2 000 parents et tuteur(-trice)s d'enfants d'âge primaire ou secondaire au Canada ont été interrogé-es au sujet de leurs attitudes à l'égard de l'éducation en matière de santé sexuelle. **La majorité des parents étaient d'avis que les 33 sujets énumérés dans le Tableau 1 devraient être inclus dans les programmes d'éducation à la santé sexuelle.**

Tableau 1. Pourcentage de parents/tuteur(-trice)s de toutes les régions du Canada en faveur de l'inclusion d'un sujet dans l'éducation à la santé sexuelle

Changements associés à la puberté (p. ex., physiques, biologiques, psychologiques, émotionnels, sociaux)	98,7	Consentement sexuel (p. ex., demander et donner un consentement à l'activité sexuelle)	95,8
Estime de soi et développement personnel	98,5	Faire face à la pression d'être sexuellement actif(-ve)	95,6
Sécurité personnelle (p. ex., prévention des abus)	98,4	Attirance, amour et intimité	95,4
Noms corrects des parties du corps, y compris des organes génitaux	98,3	Sexualité et handicap (p. ex., handicaps physiques, développementaux)	95,0
Reproduction	98,2	Problèmes ou préoccupations d'ordre sexuel	95,0
Infections transmissibles sexuellement (ITS), y compris le VIH	98,2	Comportement sexuel dans les relations	94,8
Habiletés de communication	98,1	Motifs pour avoir ou ne pas avoir d'activité sexuelle	94,6
Habiletés de prise de décision	98,0	Sexualité et technologies de communication (p. ex., « sextage »)	94,3
Résolution non violente de conflit dans les relations	97,7	Comportement sexuel (c.-à-d., variation des comportements sexuels, p. ex. : baisers, pénétration)	94,1
Autonomie corporelle (p. ex., choisir si on accepte ou non de recevoir un câlin)	97,0	Habiletés de littératie médiatique en lien avec le contenu sexuel dans la publicité, à la télé, dans la pornographie, etc.	93,2
Image corporelle	97,0	Rôles et stéréotypes liés au genre	92,0
Comment accéder à des services de santé sexuelle et génésique	96,7	Abstinence	91,3
Violence/harcèlement/coercition sexuels ou fondés sur le genre	96,7	Orientation sexuelle	90,8
Pratiques sexuelles plus sécuritaires (p. ex., utilisation du condom)	96,6	Information sur la masturbation	90,2
Méthodes contraceptives	96,3	Identité de genre (c.-à-d., notre sentiment intérieur de qui nous sommes, p. ex. : fille/femme, garçon/homme, etc.)	89,7
Prévention du trafic sexuel	96,2	Plaisir sexuel	86,8
Dimensions émotionnelles des relations sexuelles	96,0		

Les résultats de l'Enquête nationale auprès des parents (2020) du CIÉSCAN indiquent que :

1. Les parents sont en faveur de l'inclusion d'un vaste éventail de sujets.
2. Les parents sont en faveur d'un programme scolaire d'éducation à la santé sexuelle à la fois complet et pertinent aux vies des jeunes.

RÉFÉRENCES

Advisory Committee on Family Planning. (2008). *Sexual health education survey: Urban and rural comparative.* Conducted by Fast Consulting, Saskatoon, SK for the Advisory Committee on Family Planning, Saskatoon, Saskatchewan.

CIÉSCAN. (2020). *National Parent Survey: Canadian parents' opinions on sexual health education in schools.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).

Ipsos. (2018). Global back-to-school poll. 5 septembre 2018. Toronto, ON: Ipsos. https://www.ipsos.com/en-ca/news-polls/Canadians-on-provincial-school-systems

McKay, A., Byers, E.S., Voyer, S.D., Humphreys, T.P., & Markham, C. (2014). Ontario parents' opinions and attitudes towards sexual health education in the schools. *Canadian Journal of Human Sexuality, 23* (3), 159-166.

McKay, A., Pietrusiak, M.A., & Holowaty, P. (1998). Parents' opinions and attitudes towards sexuality education in the schools. *Canadian Journal of Human Sexuality, 6*, 29-38.

Weaver, A.D., Byers, E.S., Sears, H.A., Cohen, J.N., & Randall, H. (2002). Sexual health education at school and at home: Attitudes and experiences of New Brunswick parents. *Canadian Journal of Human Sexuality, 11, 19-31.*

QUESTION 13 :

QU'ATTENDENT LES JEUNES DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE DANS LES ÉCOLES?

Les jeunes du Canada souhaitent clairement recevoir à l'école une éducation à la santé sexuelle qui soit pertinente. (Byers et coll., 2003a; Byers et coll., 2003b; McKay & Holowaty, 1997).

Les jeunes considèrent que l'école est une bonne source principale d'information sur la santé sexuelle. (Charest et coll., 2016; Frappier et coll., 2008; Pound et coll., 2016). Cependant, peu d'élèves se déclarent très satisfait-es de l'éducation à la santé sexuelle qu'on leur a donnée à l'école.

L'éducation à la santé sexuelle que les jeunes personnes reçoivent n'est peut-être pas aussi pertinente qu'elles le désirent ou en ont besoin (Byers et coll., 2003a; Byers et coll., 2003b; Byers et coll., 2017; Macdonald et coll., 2011; Meaney et coll., 2009; Pound et coll., 2016).

En Colombie-Britannique, des jeunes ont signalé dans le cadre de groupes de discussion et de sondages qu'il est important que l'éducation à la santé sexuelle soit pertinente à leur situation actuelle et à leur avenir. Ces jeunes ont également signalé des écarts entre ce qu'ils/elles avaient appris dans les leçons sur la santé sexuelle à l'école et ce qui leur apparaissait pertinent dans leur vie (Youth Co., 2018).

Les élèves considèrent que leur éducation à la santé sexuelle est de meilleure qualité lorsque le contenu correspond à leurs intérêts et à leurs besoins (Byers et coll., 2013).

Les jeunes qui ont participé au *Toronto Teen Survey* [Sondage auprès des adolescent-es de Toronto] ont indiqué quels sujets ils et elles souhaitaient aborder dans le cadre de leur éducation à la santé sexuelle :	
Relations saines	Plaisir
VIH/sida	Communication
Causarano et coll. (2010); Larkin et coll. (2017)	

Les jeunes sont d'avis que leur éducation à la santé sexuelle présente des lacunes en ce qui a trait à :	
Amélioration de la santé sexuelle et ses aspects positifs;	Identité sexuelle et de genre;
Consentement;	Relations saines;
Relations LGBTQI2SNA+;	Amour;
Intimité;	Aspects émotionnels de la sexualité.
Action Canada pour la santé et les droits sexuels (2019); Phillips & Martinez (2010); Pound et coll. (2016); Wilson et coll. (2018); Youth Co. (2018)	

Des élèves du secondaire ont déclaré que la plupart des thèmes de l'éducation à la santé sexuelle n'étaient « pas bien couverts » – à l'exception de celui de la puberté (Byers et coll., 2013). D'après les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, **une éducation complète à la santé sexuelle qui est pertinente aux besoins des personnes peut faire une importante contribution à l'ensemble de leur santé sexuelle et de leur bien-être** (CIÉSCAN, 2019).

LGBTQI2SNA+ : *Lesbiennes, gais, bisexuel-les, trans, queer, intersexué-es, bispirituel-les, non binaires, asexuel-les et autres identités émergentes.*

L'éducation à la santé sexuelle dans les écoles du Canada doit répondre aux besoins et aux préoccupations de nos jeunes.

RÉFÉRENCES

Action Canada pour la santé et les droits sexuels. (2019). L'état de l'éducation sexuelle au Canada. https://www.actioncanadashr.org/fr/ressources/rapports-et-analyses/2019-09-24-letat-de-leducation-la-sexualite-au-canada

Byers, E.S., Hamilton, L.D., & Fisher, B. (2017). Emerging adults' experiences of middle and high school sexual health education in New Brunswick, Nova Scotia, and Ontario. *Canadian Journal of Human Sexuality, 26*(3), 186-195.

Byers, E.S., Sears, H.A., & Foster, L.R. (2013). Factors associated with middle school students' perceptions of the quality of school-based sexual health education. *Sex Education: Sexuality, Society, and Learning, 13*(2), 214-227.

Byers, E.S., Sears, H.A., Voyer, S.D., Thurlow, J.L., Cohen, J.N., & Weaver, A.D. (2003a). An adolescent perspective on sexual health education at school and at home: I. High school students. *Canadian Journal of Human Sexuality, 12*, 1-17.

Byers, E.S., Sears, H.A., Voyer, S.D., Thurlow, J.L., Cohen, J.N., & Weaver, A.D. (2003b). An adolescent perspective on sexual health education at school and at home: II. Middle school students. *Canadian Journal of Human Sexuality, 12*, 19-33.

Causarano, N., Pole, J.D., Flicker, S., & the Toronto Teen Survey Team (2010). Exposure to and desire for sexual health education among urban youth: Associations with religion and other factors. *Canadian Journal of Human Sexuality, 19*(4), 169-184.

Charest, M., Kleinplatz, P.J., & Lund, J.I. (2016). Sexual health information disparities between heterosexual and LGBTQ+ young adults: Implications for sexual health. *Canadian Journal of Human Sexuality, 25*(2), 74-85.

CIÉSCAN. (2019a). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

Frappier, J., Kaufman, M., Baltzer, F., Elliot, A., Lane, M., Pinzon, J., & McDuff, P. (2008). Sex and sexual health: A survey of Canadian youth and mothers. *Pediatric and Child Health, 13*(1), 25-30.

Larkin, J., Flicker, S., Flynn, S., Layne, C., Schwartz, A., Travers, R., Pole, J., & Guta, A. (2017). The Ontario sexual health education update: Perspectives from the Toronto teen survey (TTS) youth. *Revue canadienne de l'éducation, 40*(2), 1-24.

MacDonald, J., Gagnon, A.J., Mitchell, C., Di Meglio, G., Rennink, J.E., & Cox, J. (2011). Asking to listen: Towards a youth perspective on sexual health education and needs. *Sex Education, 11*(4), 443-457.

McKay, A., & Holowaty, P. (1997). Sexual health education: A study of adolescents' opinions, self-perceived needs, and current and preferred sources of information. *Canadian Journal of Human Sexuality, 6*, 29-38.

Meaney, G.J., Rye, B.J., Wood, E., & Solovieva, E. (2009). Satisfaction with school-based sexual health education in a sample of university students recently graduated from Ontario high schools. *Canadian Journal of Human Sexuality, 18*(3), 107-125.

Phillips, K.P., & Martinez, A. (2010). Sexual and reproductive health education: Contrasting teachers', health partners', and former students' perspectives. *Revue canadienne de santé publique, 101*(5), 374-379.

Pound, P., Langford, R., & Campbell, R. (2016). What do young people think about their school-based sex and relationship education? A qualitative synthesis of young people's views and experiences. *BMJ Open, 6*: e011329.

Wilson, K.L., Maness, S.B., Thompson, E.L., Rosen, B.L., McDonald, S., & Wiley, D.C. (2018). Examining sexuality education preferences among youth at risk for poor sexual health outcomes based on social determinants of health factors. *American Journal of Sexuality Education, 13*(3), 283-296.

Youth Co. (2018). Sex ed is our right! B.C: YouthCO HIV & Hep C Society. https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/youthco/pages/1943/attachments/original/1536258468/SexEd_Reportfinal.pdf?1536258468

QUESTION 14 :

POURQUOI EST-IL IMPORTANT QUE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE À L'ÉCOLE SOIT INCLUSIVE DES BESOINS ET DES EXPÉRIENCES VÉCUES DES ÉLÈVES LGBTQI2SNA+?

L'éducation à la santé sexuelle dans les écoles s'est historiquement concentrée sur la prestation d'informations dans un contexte hétérosexuel (Schalet et coll., 2014). En conséquence, les élèves de sexualités et de genres diversifiés manquent souvent d'informations pertinentes et nécessaires à prendre des décisions éclairées pour protéger et améliorer leur santé sexuelle.

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* affirment que l'éducation à la santé sexuelle devrait :

Inclure les identités et les expériences vécues des personnes LGBTQI2SNA+.

Encourager l'acceptation et le respect de la diversité d'identités sexuelles et de genres qui existent dans la communauté.

CIÉSCAN (2019)

Au Canada, l'élaboration de programmes scolaires pleinement inclusifs des vies des élèves ayant des orientations sexuelles et des identités de genre diversifiées représente un défi et, à certains égards, elle accuse un retard sur les protections juridiques et de droits de la personne reconnues aux minorités sexuelles et de genre (Rayside, 2014).

La plupart des salles de classe au pays comptent un-e ou plusieurs élèves qui s'identifient comme LGBTQI2SNA+.

Dans une enquête démographique du Conseil scolaire du district de Toronto (2013) auprès d'élèves du primaire et du secondaire en Ontario, 8 % des élèves de la 9e à la 12e année se sont identifié-es comme lesbiennes, gais, bisexuel-les, queer ou « incertain-e/en questionnement ». Une proportion similaire de jeunes s'identifiaient comme gais, lesbiennes, bisexuel-les ou en questionnement parmi les vastes échantillons d'élèves du secondaire sondés en Colombie-Britannique (Peter et coll., 2017; Smith et coll., 2014).

En raison d'expériences d'intimidation, de discrimination et de stigmatisation, les jeunes de sexualités et de genres diversifiés constituent souvent une population invisible dans les écoles (Agence de la santé publique du Canada, 2010a; 2010b). Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* signalent qu'une **une compréhension des perspectives et enjeux de la diversité sexuelle est un aspect clé de l'éducation complète en matière de santé sexuelle** (SIECCAN, 2019).

Les besoins d'éducation à la santé sexuelle des élèves LGBTQI2SNA+ doivent être intégrés dans l'éducation complète en matière de santé sexuelle dans les écoles.

Au Canada, les parents (Advisory Committee on Family Planning, 2008; Ipsos, 2018; McKay et coll., 2014; CIÉSCAN, 2020), les élèves (Narushima et coll., 2020; Pound et coll., 2016) et les personnes

LGBTQI2SNA+ : *Lesbiennes, gais, bisexuel-les, trans, queer, intersexué-es, bispirituel-les, non binaires, asexuel-les et autres identités émergentes.*

enseignantes (Meyer et coll., 2015) veulent que l'orientation sexuelle soit incluse dans les programmes d'éducation à la santé sexuelle à l'école. Dans l'Enquête nationale auprès des parents *[National Parent Survey]* réalisée par le CIÉSCAN (2020), 91 % des parents canadiens étaient d'avis que l'orientation sexuelle devrait faire partie de l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles.

Un milieu scolaire positif, non menaçant et inclusif est reconnu comme un facteur protecteur susceptible de réduire le risque de résultats sociaux et de santé négatifs chez les jeunes (Gegenfurtner & Gebhardt, 2017; Agence de la santé publique du Canada, 2010a; 2010b; Snapp et coll., 2015).

Egale Canada a réalisé une enquête nationale sur l'homophobie, la biphobie et la transphobie auprès de plus de 3 700 élèves.

64 % des élèves LGBT ne se sentaient pas en sécurité à l'école.

21 % des élèves LGBT avaient vécu du harcèlement ou une agression physique en raison de leur orientation sexuelle.

Taylor et coll. (2011)

Les élèves se sentent plus en sécurité et signalent moins de cas d'intimidation dans les écoles qui ont un programme d'éducation à la santé sexuelle inclusif des personnes LGBTQI2SNA+ (Snapp et coll., 2015).

Outre la fourniture d'une éducation à la santé sexuelle inclusive des élèves LGBTQI2SNA+, les écoles peuvent favoriser l'acceptation par les pair-es, le sentiment d'appartenance à l'école et la sécurité des élèves en facilitant et en soutenant la création d'Alliances gais-hétéros (Agence de la santé publique du Canada, 2010a). Un sondage a révélé que 79 % des parents et 88 % des jeunes considéraient que les élèves devraient être autorisé-es à créer des Alliances gais-hétéros dans leur école (Association des élèves conseillers et conseillères de l'Ontario, 2011).

Des preuves solides indiquent que les Alliances gais-hétéros sont positivement associées à des sentiments de sécurité chez les élèves LGBTQI2SNA+ et hétérosexuel-les (Li et coll., 2019) et qu'elles réduisent le nombre de cas de victimisation liée à l'homophobie (Marx & Kettrey, 2016).

RÉFÉRENCES

Advisory Committee on Family Planning. (2008). Sexual health education survey: Urban and rural comparative. Conducted by Fast Consulting, Saskatoon, SK for the Advisory Committee on Family Planning, Saskatoon, Saskatchewan.

Agence de la santé publique du Canada. (2010a). Questions et réponses : L'orientation sexuelle à l'école. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/questions-reponses-ecole.html.

Agence de la santé publique du Canada. (2010b). Questions et réponses : L'identité sexuelle à l'école. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/questions-reponses-identite-sexuelle-ecole.html.

Association des élèves conseillers et conseillères de l'Ontario. (2011). OSTA-AECO 2011 Student & parent survey analysis & results. Toronto, ON: Association des élèves conseillers et conseillères de l'Ontario.

CIÉSCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org.

CIÉSCAN. (2020). *National Parent Survey: Canadian parents' opinions on sexual health education in schools.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).

Gegenfurtner, A., & Gebhardt, M. (2017). Sexuality education including lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) issues is schools. *Educational Research Review, 22*, 215-222.

Ipsos. (2018). Global back-to-school poll. September 5, 2018. Toronto, ON: Ipsos https://www.ipsos.com/en-ca/news-polls/Canadians-on-provincial-school-systems.

Li, G., Wu, A.D., Marshall, S.K., Watson, R.J., Adjei, J.K., Park, M., & Saewyc, E. (2019). Investigating site-level longitudinal effects of population health interventions: Gay-straight alliances and school safety. *Population Health, 7*, 100350.

Marx, R.A., & Kettrey, H.H. (2016). Gay-straight alliances are associated with lower levels of school-based victimization of LGBTQ+ youth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence, 45*(7), 1269-82.

McKay, A., Byers, E.S., Voyer, S.D., Humphreys, T.P., & Markham, C. (2014). Ontario parents' opinions and attitudes towards sexual health education in the schools. *Canadian Journal of Human Sexuality, 23* (3), 159-166.

Meyer, E.J., Taylor, C., & Peter, T. (2015). Perspectives on gender and sexual diversity (GSD)-inclusive education: Comparisons between gay/lesbian/bisexual and straight educators. *Sex Education, 15*(3), 221-234.

Narushima, N., Wong, J.P., Tai-Wai Li, A., Bhagat, D., Bisignano, A., Po-Lun Fung, K., & Kwong-Lai Poon, M. (2020). Youth perspectives on sexual health education: Voices from the YEP study in Toronto. *Canadian Journal of Human Sexuality, 29*(1).

Peter, T., Edkins, T., Watson, R., Adjel, J., Homma, Y., & Saewyc, E. (2017). Trends in suicidality among sexual minority and heterosexual students in a Canadian population-based cohort study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 4*(1), 115-123.

Pound, P., Langford, R., & Campbell, R. (2016). What do young people think about their school-based sex and relationship education? A qualitative synthesis of young people's views and experiences. *BMJ Open, 6*, e011329.

Rayside, D. (2014). The inadequate recognition of sexual diversity by Canadian schools: LGBT advocacy and its impact. *Journal of Canadian Studies/Revue d'études canadiennes, 48*(1), 190-225.

Schalet, A.T., Santelli, J.S., Russell, S.T., Halpern, C.T., Miller, S.A., Pickering, S.S., Goldberg, S.K., & Hoenig, J.M. (2014). Invited commentary: Broadening the evidence for adolescent sexual and reproductive health and education in the United States. *Journal of Youth and Adolescence, 43*, 1595-1610.

Smith, A., Stewart, D., Poon, C., Peled, M., Saewyc, E., & McCreary Centre Society. (2014). From Hastings Street to Haida Gwaii: Provincial results of the 2013 BC Adolescent Health Survey. Vancouver, C.-B.: McCreary Centre Society. http://www.mcs.bc.ca/pdf/ From_Hastings_Street_To_Haida_Gwaii.pdf.

Snapp, S.D., McGuire, J.K., Sinclair, K.O., Gabrion, K., & Russell, S.T. (2015). LGBTQ-inclusive curricula: Why supportive curricula matter. *Sex Education, 15*(6), 580-596.

Taylor, C., Peter, T., McMinn, T.L., Elliott, T., Beldom, S., Ferry, A., Gross, Z., Paquin, S., & Schachter, K. (2011). *Every class in every school: The first national climate survey on homophobia, biphobia, and transphobia in Canadian schools. Final report.* Toronto, ON: Egale Canada Human Rights Trust.

Toronto District School Board. (2013). Facts. 2011-2012 student & parent census. Toronto, ON: Toronto District School Board. http:// www.tdsb.on.ca/Portals/0/AboutUs/ Research/2011-12CensusFactSheet1- Demographics-17June2013.pdf.

QUESTION 15 :

POURQUOI EST-IL IMPORTANT D'OFFRIR AUX ÉLÈVES AYANT UN HANDICAP PHYSIQUE ET/OU DÉVELOPPEMENTAL UNE ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE ADAPTÉE À LEURS BESOINS?

De jeunes personnes ayant des handicaps affirment qu'elles :
Ne reçoivent pas une éducation à la santé sexuelle adaptée à leurs besoins.
Croient que la stigmatisation liée au handicap (p. ex., le présupposé selon lequel les jeunes handicapé-es ne sont pas des personnes sexuelles ou n'ont pas de relations romantiques et sexuelles) contribue à leur manque d'accès à l'éducation à la santé sexuelle. Esmail et coll. (2010); Frawley & Wilson (2016); Secor-Turner et coll. (2017)

Comme l'indiquent les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, **les jeunes ayant des handicaps développementaux, intellectuels et physiques ont le droit à une éducation à la santé sexuelle complète et pertinente à leurs besoins** (CIÉSCAN, 2019).

Dans l'Enquête nationale auprès des parents [*National Parent Survey*] réalisée par le CIÉSCAN (2020), la grande majorité (95 %) des parents canadiens étaient d'avis que l'éducation à la santé sexuelle devrait inclure des informations sur la sexualité et le handicap.

La fourniture d'une éducation à la santé sexuelle adaptée aux jeunes ayant des handicaps est souvent omise ou lacunaire – même si la sexualité et la santé sexuelle font partie intégrante de la santé et du bien-être généraux des jeunes personnes ayant des handicaps autant que de celles qui n'en ont pas (DiGiulio, 2003; East & Orchard, 2013; Holland-Hall, & Quint, 2017; McDaniels & Fleming, 2016; Agence de la santé publique du Canada, 2013; Secor-Turner et coll., 2017; CIÉSCAN, 2015; Treacy et coll., 2018).

L'éducation à la santé sexuelle fournie aux jeunes dans les écoles devrait couvrir les besoins de l'ensemble des élèves, mais il est également essentiel que les jeunes reçoivent des occasions d'éducation spécifiques à leurs besoins particuliers.

Les élèves ayant l'autisme pourraient avoir besoin de matériel d'éducation à la santé sexuelle adapté à leurs styles et besoins d'apprentissage particuliers (Sala et coll., 2019). Les jeunes ayant d'autres types de handicaps développementaux pourraient avoir besoin d'une éducation adaptée à leur niveau de développement spécifique. Les jeunes ayant différents handicaps physiques pourraient avoir besoin d'une éducation à la santé sexuelle spécifique à leur handicap, afin de développer les connaissances et les compétences nécessaires à protéger et à améliorer leur santé sexuelle (DiGiulio, 2003; Esmail et coll., 2010; Agence de la santé publique du Canada, 2013; SIÉSCAN, 2015).

Le défaut de fournir une éducation complète à la santé sexuelle qui est inclusive des personnes ayant des handicaps expose celles-ci à un risque accru :
D'infections transmissibles sexuellement (ITS)
D'exploitation sexuelle
De qualité de vie inférieure
D'estime de soi plus faible
D'isolement social McDaniels & Fleming (2016); Agence de la santé publique du Canada (2013)

Les jeunes et les adultes ayant des handicaps ont des taux plus élevés d'abus sexuel, de harcèlement, de coercition et d'agression que leurs pair-es non handicapé-es (Benoit et coll., 2015; Jones et coll., 2012; McDaniels & Fleming, 2016; Stermac et coll., 2018; Wissink et coll., 2015).

Des preuves démontrent que les programmes adaptés aux besoins spécifiques des jeunes atteint-es d'autisme sont associés à une amélioration des connaissances liées à la sexualité et des limites personnelles, chez les élèves (Sala et coll., 2019).

L'éducation complète à la santé sexuelle peut aider les jeunes qui vivent avec un handicap à développer les compétences nécessaires pour explorer leur sexualité de manières positives et prendre des décisions concernant leur santé sexuelle.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2013). Questions et réponses : Éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes ayant une incapacité physique. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada. http://library.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26289_B_FR.pdf.

Benoit, C., Shumka, L., Phillips, R., Kennedy, M., & Belle-Isle, L. (2015). Dossier d'information : La violence à caractère sexuel faite aux femmes au Canada. Forum fédéral-provincial-territorial des hautes et hauts fonctionnaires responsables de la condition féminine.

CIÉSCAN. (2015). Sexual health issue brief. Autism spectrum disorder: Information for sexual health educators. Toronto, ON: CIÉSCAN/SIECCAN. http://sieccan.org/wp/wp-content/uploads/ 2015/01/SIECCAN-Sexual-Health-Issue- Brief_Autism-Spectrum-Disorder.pdf.

CIÉSCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org.

CIÉSCAN. (2020). *National Parent Survey: Canadian parents' opinions on sexual health education in schools.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).

Stermac, L., Cripps, J., Badali, V., & Amiri, T. (2018). Sexual coercion experiences among Canadian university students with disabilities. *Journal of Postsecondary Education and Disability, 31*(4), 321-333.

Di Giulio, G. (2003). Sexuality and people living with physical or developmental disabilities: A review of key issues. *Canadian Journal of Human Sexuality,12*(1), 53-68.

East, L.J., & Orchard, T.R. (2013). Somebody else's job: Experiences of sex education among health professionals, parents and adolescents with physical disabilities in southwestern Ontario. *Sexuality and Disability, 32*, 335-350.

Esmail, S., Krupa, C., MacNeil, D., & MacKenzie, S. (2010). Best-practice: Sexuality education for children and youth with disabilities - developing a curriculum based on lived experiences. Conseil canadien sur l'apprentissage.

Frawley, P., & Wilson, N.J., (2016). Young people with intellectual disability talking about sexuality education and information. *Sexuality and Disability, 34*, 469-484.

Holland-Hall, C., & Quint, E.H. (2017). Sexuality and disability in adolescents. *Pediatric Clinics of North America, 64*(2), 435-449.

Jones, L., Bellis, M.A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare, T., & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet, 380*, 899-907.

McDaniels, B., & Fleming, A. (2016). Sexuality education and intellectual disability: Time to address the challenge. *Sexuality and Disability, 34*, 215-225.

Sala, G., Hooley, M., Attwood, T., Mesibov, G.B., & Stokes, M.A. (2019). Autism and intellectual disability: A systematic review of sexuality and relationship education. *Sexuality and Disability, 37*, 353-382.

Secor-Turner, M., McMorris, B.J., & Scal, P. (2017). Improving the sexual health of young people with mobility impairments: Challenges and recommendations. *Journal of Pediatric Health Care, 31*(5), 578-587.

Treacy, A.C., Taylor, S.S., & Abernathy, T.V. (2018). Sexual health education for individuals with disabilities: A call to action. *American Journal of Sexuality Education, 13*(1), 65-93.

Wissink, I.B., van Vugt, E., Moonen, X., Strams, G.J., & Hendriks, J. (2015). Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): A narrative review. *Research in Developmental Disabilities, 36*, 20-35.

QUESTION 16 :

POURQUOI EST-IL IMPORTANT D'INCLURE LE CONSENTEMENT DANS LE CONTENU DE L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE?

L'éducation à la santé sexuelle devrait refléter la valeur fondamentale du respect d'autrui et communiquer aux jeunes leurs obligations morales et juridiques envers les autres.

L'éducation des jeunes à propos des aspects éthiques et juridiques du consentement est cruciale au développement de relations interpersonnelles sûres et respectueuses ainsi qu'à la prévention de la violence sexuelle et fondée sur le genre.

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* indiquent que l'éducation à la santé sexuelle devrait **« affirmer le droit de chaque personne de :**

1. **fixer des limites, communiquées verbalement ou non verbalement, tout en comprenant qu'un consentement peut être retiré en tout temps; et**
2. **demander clairement, et communiquer, un consentement affirmatif (p. ex., dire oui) »**

(CIÉSCAN, 2019, p. 26).

La notion de consentement dans le contexte des rapports et comportements sexuels est un aspect approprié et nécessaire de l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles.

Le consentement comporte deux volets clés :

1. L'âge auquel un-e jeune peut consentir légalement à l'activité sexuelle.
2. La communication et la compréhension du consentement ou du non-consentement à l'activité sexuelle avec un-e partenaire.

CIÉSCAN (2015)

L'âge de consentement est l'âge auquel une jeune personne peut accepter, du point de vue juridique, une activité sexuelle (Code criminel, 1985a). Au Canada, l'âge de consentement a été relevé de 14 ans à 16 ans en 2008.

Une éducation à la santé sexuelle efficace devrait expliquer clairement aux élèves comment l'âge de consentement est interprété en droit. Les personnes enseignantes devraient sensibiliser les élèves au fait que l'objectif de la loi est de protéger les enfants et les jeunes.

Il est important que les jeunes comprennent que les lois sur l'âge de consentement visent à les protéger contre l'exploitation sexuelle et des préjudices de la part de personnes plus âgées. Ces lois n'interdisent pas aux jeunes d'avoir une activité sexuelle consensuelle avec d'autres jeunes de leur âge.

Les lois sur l'âge de consentement à l'activité sexuelle n'affectent pas le droit d'accès des jeunes à une éducation à la santé sexuelle ou à des services de santé sexuelle et génésique.

L'âge de consentement à l'activité sexuelle est de 16 ans, mais plusieurs exceptions existent en lien avec l'âge rapproché.

Les jeunes de 12 ou 13 ans peuvent consentir à l'activité sexuelle avec des partenaires qui sont de moins de deux ans leurs aîné-es.

Exemple : Un-e adolescent-e de 12 ans peut consentir légalement à avoir une relation sexuelle avec un-e adolescent-e de 14 ans, mais pas de 15 ans.

Les jeunes de 14 ou 15 ans peuvent consentir à l'activité sexuelle avec des partenaires qui sont de moins de cinq ans leurs aîné-es.

Exemple : Un-e adolescent-e de 15 ans peut consentir légalement à avoir une relation sexuelle avec un-e partenaire de 20 ans, mais pas de 21 ans (la personne de 21 ans pourrait être accusée de contacts sexuels).

(Code criminel, 1985a)

Chaque jeune devrait connaître les circonstances possibles dans lesquelles ses relations avec des partenaires plus jeunes pourraient constituer une violation des lois sur l'âge de consentement.

Il existe également des lois relatives au consentement et à l'exploitation sexuelle.

Le Code criminel du Canada stipule qu'une personne de moins de 18 ans ne peut pas consentir légalement à avoir des relations sexuelles avec une personne en position d'autorité comme un-e enseignant-e, un-e fournisseur(-euse) de soins de santé, un-e entraîneur-e, un-e avocat-e ou un-e membre de la famille. (Code criminel, 1985b)

Les programmes d'éducation à la santé sexuelle devraient fournir des informations appropriées à l'âge des élèves, concernant l'âge de consentement à l'activité sexuelle, pour les conscientiser pleinement aux circonstances dans lesquelles ils et elles pourraient faire l'objet d'exploitation sexuelle de la part d'une personne plus âgée ou d'une personne en position d'autorité ou exerçant un contrôle ou une influence sur leur vie.

Les enfants et les jeunes sont plus susceptibles d'être abusé-es sexuellement par quelqu'un qu'ils/elles connaissent et en qui ils/elles ont confiance. Au Canada, dans 88 % des 14 000 cas d'agression sexuelle d'enfants/jeunes déclarés aux autorités policières en 2012, l'accusé-e était connu-e de l'enfant ou de la jeune personne (Statistique Canada, 2012).

LA COMMUNICATION ET LA COMPRÉHENSION DU CONSENTEMENT

La loi canadienne établit que l'activité sexuelle doit comporter un « accord volontaire » et qu'il n'y a pas de consentement si une personne manifeste une « absence d'accord » par ses paroles ou son comportement (Code criminel, 1985b).

Par ailleurs, la loi stipule qu'une personne ne peut donner son consentement à avoir une activité sexuelle si elle est « inconsciente » ou « incapable de le former » (p. ex., en cas d'intoxication par l'alcool ou d'autres drogues).

Comme le signalent les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, une éducation complète à la santé sexuelle dans les écoles peut contribuer à fournir aux élèves, selon leur âge, les connaissances et compétences nécessaires pour que **« tout-e partenaire se sente en sécurité et consente pleinement à toute activité sexuelle avant qu'elle ait lieu [et pendant celle-ci] »** (CIÉSCAN, 2019, p. 16).

L'APPRENTISSAGE DU CONSENTEMENT

Aux premières années du primaire, l'éducation à la santé sexuelle peut fournir des connaissances fondamentales et des occasions de renforcer les capacités pour les concepts généraux du respect de soi et d'autrui. Ceci inclut l'apprentissage d'habiletés de communication verbale et non verbale (p. ex., écouter, manifester du respect envers soi-même et les autres, faire valoir ses besoins personnels). Aux niveaux scolaires plus avancés, il est important d'expliquer clairement le consentement aux élèves dans le contexte spécifique de l'activité sexuelle.

Dans l'Enquête nationale auprès des parents *[National Parent Survey]* réalisée par le CIÉSCAN (2020), les parents étaient en faveur des points suivants :
96 % étaient d'avis que la **notion du consentement sexuel** devrait être enseignée dans l'éducation à la santé sexuelle.
97 % étaient d'avis que la **notion de l'autonomie corporelle** devrait être enseignée dans l'éducation à la santé sexuelle.
84 % étaient d'accord avec l'idée selon laquelle l'éducation à la santé sexuelle devrait **promouvoir le droit à la prise de décisions autonomes et le respect d'autrui**.

Il est approprié sur le plan développemental que les programmes éducatifs fournissent de l'information sur le consentement sexuel à compter des âges où les jeunes personnes commencent à être actives sexuellement.

Afin de favoriser des relations saines et équitables et de réduire le risque d'agression sexuelle, les jeunes doivent acquérir les connaissances, la motivation et les habiletés comportementales nécessaires à demander et à communiquer clairement un consentement affirmatif et continu (Shumlich & Fisher, 2019; CIÉSCAN, 2015; CIÉSCAN, 2019).

L'éducation à la santé sexuelle devrait fournir aux élèves :
1. L'information nécessaire pour être en mesure de déterminer s'ils ou elles vivent une situation d'agression ou d'abus d'ordre sexuel;
2. Des options pour signaler tout cas d'agression ou d'abus sexuel; et
3. Des informations sur l'accès aux services de soutien pour les personnes survivantes.

L'éducation complète à la santé sexuelle peut favoriser le développement de rapports interpersonnels et sociaux exempts de coercition, en abordant les dynamiques de pouvoir et les normes de genre qui contribuent à des relations intimes inéquitables.

Des programmes axés sur les inégalités fondées sur le genre en lien avec la sexualité peuvent réduire la probabilité d'activités sexuelles non consensuelles (Lungdren & Amin, 2015) de même que les taux d'infections transmissibles sexuellement (ITS) et de grossesses non planifiées (Haberland, 2015; Haberland & Rogow, 2015).

RÉFÉRENCES

CIÉSCAN. (2015). Sexual health issue brief. Consent to sexual activity: Definitions, issues, and priorities for sexual health education. Toronto, ON: CIÉSCAN/SIECCAN. http://sieccan.org/wp/wp- content/uploads/2015/02/SIECCAN-Sexual- Health-Issue-Brief_Consent.pdf.

CIÉSCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org.

CIÉSCAN. (2020). *National Parent Survey: Canadian parents' opinions on sexual health education in schools.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).

Code criminel, Lois révisées du Canada. (1985a, ch. C-46). Accessible sur le site Web de la législation (Justice) à : https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/page-34.html#h-114950

Code criminel, Lois révisées du Canada. (1985b, ch. C-46). Accessible sur le site Web de la législation (Justice) à : https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/page-35.html

Haberland, N.A. (2015). The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: A comprehensive review of evaluation studies. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 41*(1), 31-42.

Haberland, N., & Rogow, D. (2015). Sexuality education: Emerging trends in evidence and practice. *Journal of Adolescent Health, 56*, S15-S21.

Lungdren, R., & Amin, A. (2015). Addressing intimate partner violence among adolescents: Emerging effectiveness of evidence. *Journal of Adolescent Health, 56*, S42-S50.

Shumlich, E.J., & Fisher, W.A. (2019). An information-motivation-behavioural skills model analysis of young adults' sexual behaviour patterns and regulatory requirements for sexual consent in Canada. *Canadian Journal of Human Sexuality, 28*, 277-291.

Statistique Canada (2012). *Les infractions sexuelles commises contre les enfants et les jeunes déclarées par la police au Canada* [Ensemble de données]. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2014001/article/14008-fra.htm.

QUESTION 17 :

POURQUOI EST-IL IMPORTANT D'INCLURE L'IDENTITÉ DE GENRE DANS LE CONTENU DE L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE?

Aborder l'identité de genre dans l'éducation scolaire à la santé sexuelle inclut d'explorer les idées à propos des rôles de genre ainsi que les stéréotypes genrés, et, de ce fait, cela est pertinent pour toutes les jeunes personnes. **Les discussions sur l'identité de genre sont particulièrement importantes pour la santé et le bien-être des personnes de genres divers.**

L'identité de genre réfère au sentiment intrinsèque d'une personne d'être une fille/femme, un garçon/homme, les deux à la fois, ni l'un ni l'autre, ou d'un autre genre. Cette identité peut correspondre ou non au sexe qu'on a attribué à une personne à sa naissance (c.-à-d., féminin, masculin, intersexué-e) (Egale, 2019; Agence de la santé publique du Canada, 2010).

Le qualificatif **cisgenre** signifie que l'identité de genre d'une personne correspond au sexe qu'on lui a attribué à la naissance.

Transgenre est un terme générique signifiant que l'identité de genre d'une personne ou son expression de genre diffère du sexe qu'on lui a attribué à sa naissance (Egale, 2019; Rathus et coll., 2020).

Il existe un éventail d'identités de genre, incluant agenre (non genré-e), genderqueer, homme, non binaire, transgenre, bispirituel-le, femme, et autres identités fluides.

Des programmes d'éducation sexuelle qui abordent l'identité de genre peuvent aider à créer un milieu scolaire sécuritaire et aidant, et à atténuer les résultats de santé négatifs pour les jeunes de genres divers (Gegenfurtner & Gebhardt, 2017).

Le Trans PULSE Project est un projet canadien de recherche qui examine les facteurs qui influencent la santé mentale et le bien-être des communautés trans (Bauer & Scheim, 2015). Dans cette recherche, 59 % des participant-es trans et non binaires « savaient avant l'âge de 10 ans que leur genre ne correspondait pas à leur corps; et 80 % le savaient avant d'avoir 14 ans » (Bauer & Scheim, 2015, p. 4).

Pour nombre d'élèves trans au Canada, l'école peut être un milieu difficile et hostile (Greytak et coll., 2008; Taylor et coll., 2011; Veale et coll., 2015; Wright-Maley et coll., 2016). Des taux élevés de jeunes transgenres vivent du harcèlement, de l'intimidation et de la violence. Dans une enquête canadienne d'échelle nationale auprès d'élèves du secondaire, 74 % des jeunes trans ont déclaré avoir vécu du harcèlement lié à leur expression de genre (Taylor et coll., 2011).

Voici certains résultats du *Canadian Trans Youth Health Survey* :

55 % des jeunes répondant-es transgenres avaient vécu de l'intimidation au moins une fois au cours de l'année scolaire précédente

36 % avaient été menacé-es physiquement ou blessé-es

Veale et coll. (2015)

Les jeunes trans sont plus susceptibles que les jeunes cisgenres de penser au suicide (54 % vs 31 %) (The Trevor Project, 2019). Des données du projet Trans PULSE indiquent que 31 % des participant-es trans et non binaires, au Canada, avaient songé au suicide au cours de l'année précédente

et que 6 % avaient fait une tentative de suicide (The Trans PULSE Canada Team, 2020). Les personnes trans, jeunes et adultes, qui ont du soutien social sont beaucoup moins susceptibles de considérer le suicide et de passer à l'acte (Bauer & Scheim, 2015; Veale et coll., 2015; The Trevor Project, 2019).

La création d'un environnement sécuritaire et habilitant, à l'école, est une avenue cruciale pour contribuer à la protection et à l'amélioration de la santé et du bien-être des jeunes transgenres au Canada (Veale et coll., 2015).

Avoir un sentiment positif relativement à sa propre identité de genre est également lié à un plus grand bien-être, chez les jeunes transgenres (Johns et coll., 2018).

Les jeunes personnes qui vivent selon le genre qu'elles ressentent comme le leur et qui sont appuyées en ce qui a trait au nom qu'elles adoptent déclarent une meilleure santé mentale (Russell et coll., 2018; Veale et coll., 2015).

Un récent rapport du Comité permanent de la santé de la Chambre des Communes a souligné l'importance de fournir une éducation adaptée à l'âge, concernant l'identité de genre, aux enfants et aux jeunes de tous les groupes d'âge (Casey, 2019). Il est important que l'éducation à la santé sexuelle joue un rôle central dans la prestation de cette éducation.

Les résultats de l'Enquête nationale auprès des parents [*National Parent Survey*] (2020) du CIÉSCAN indiquent que 90 % des parents souhaitent que la notion d'identité de genre fasse partie de l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles; et la majorité de ces parents souhaitent que l'enseignement concernant l'identité de genre s'amorce dans les années d'école primaire. La majorité des parents (73 %) était d'accord pour que l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles vise également à atténuer la transphobie.

Plusieurs ministères de l'Éducation, au Canada, affirment que le système d'éducation devrait appuyer les élèves et étudiant-es de genres divers et que le contenu positif à l'égard des personnes trans devrait être intégré dans l'enseignement de toutes les matières scolaires (p. ex., Gouvernement de l'Alberta, 2016; Department of Education & Early Childhood Development T.-N.L., 2016; Province de la Nouvelle-Écosse, 2014; ministère de l'Éducation de la Saskatchewan, 2015). L'éducation à la santé sexuelle peut jouer un rôle clé pour favoriser l'inclusivité du milieu scolaire et pour fournir du soutien aux élèves de genres divers.

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* signalent que les programmes complets d'éducation à la santé sexuelle **« devraient encourager l'acceptation et le respect de la diversité d'identités sexuelles et de genres qui existent dans la communauté; et … inclure l'évaluation critique des attitudes et pratiques discriminatoires »** (CIÉSCAN, 2019, p. 25)

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2010). Questions et réponses : L'identité sexuelle à l'école. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada. http://librarypdf.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26289F.pdf.

Alberta Government. (2016). Guidelines for best practices: *Creating learning environments that respect diverse sexual orientations, gender identities, and gender expressions.* Minister of Education, Alberta Education.

Bauer, G.R., & Scheim, A.I., for the Trans PULSE Project Team. (1 juin 2015). *Transgender People in Ontario, Canada: Statistics to Inform Human Rights Policy.* London, ON.

Casey, B. (2019). La santé des communautés LGBTQIA2 au Canada. Rapport du Comité permanent de la santé; 28e rapport, 42e Législature, 1ère session. Chambre des communes du Canada.

CIÉSCAN. (2019a). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

CIÉSCAN. (2020). *National Parent Survey: Canadian parents' opinions on sexual health education in schools.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).

Department of Education and Early Childhood Development, NL. (2016). *Safe and caring schools: Guidelines for LGBTQ inclusive practices.* Department of Education and Early Childhood Development, Newfoundland and Labrador.

Egale. (2019). Egale Canada Human Rights Trust. Glossary of terms. https://egale.ca/wp-content/uploads/2017/03/Egales-Glossary-of-Terms.pdf.

Gegenfurtner, A., & Gebhardt, M. (2017). Sexuality education including lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) issues in schools. *Educational Research Review, 22*, 215-22.

Greytak, E.A., Kosciw, J.G., & Diaz, E.M. (2009). Harsh realities: The experiences of transgender youth in our nation's schools. Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN). New York, NY.

Johns, M.M., Beltran, O., Armstrong, H.L., Jayne, P.E., & Barrios, L.C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by sociological level. *Journal of Primary Prevention, 39*(3), 263-301.

Province of Nova Scotia. (2014). *Guidelines for supporting transgender and gender-nonconforming students.* Nova Scotia. Department of Education and Early Childhood Development.

Rathus, S.A., Nevid, J.S., Fichner-Rathus, L., McKay, A., & Milhausen, R.R. (2020). *Human sexuality in a world of diversity. 6e édition canadienne.* North York, ON: Pearson.

Russell, S.T., Pollitt, A.M., Li, G., & Grossman, A.H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 63*, 503-505.

Saskatchewan Ministry of Education. (2015). *Deepening the discussion: Gender and sexual diversity.* Government of Saskatchewan.

Taylor, C., Peter, T., McMinn, T.L., Elliott, T., Beldom, S., Ferry, A., Gross, Z., Paquin, S., & Schachter, K. (2011). *Every class in every school: The first national climate survey on homophobia, biphobia, and transphobia in Canadian schools. Final report.* Toronto, ON: Egale Canada Human Rights Trust.

The Trans PULSE Canada Team (2020). Health and healthcare access for trans and non-binary people in Canada. https://transpulsecanada.ca/results/report-1

The Trevor Project. (2019). National survey on LGBTQ Mental Health. New York, NY. https://www.thetrevorproject.org/survey-2019/?section=Methodology; https://www.thetrevorproject.org/2019/06/27/research-brief-accepting-adults-reduce-suicide-attempts-among-lgbtq-youth/.

Veale, J., Saewyc, E., Frohard-Dourlent, H., Dobson, S., Clark, B., & the Canadian Trans Youth Health Survey Research Group (2015). *Being Safe, Being Me: Results of the Canadian Trans Youth Health Survey.* Vancouver, BC: Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre, School of Nursing, University of British Columbia.

Wright-Maley, C., Davis, T., Gonzalez. E.M., & Colwell, R. (2016). Considering perspectives on transgender inclusion in Canadian Catholic elementary schools: Perspectives, challenges, and opportunities. *Journal of Social Studies, 40*, 187-204.

QUESTION 18 :

POURQUOI EST-IL IMPORTANT D'INCLURE LES COMPÉTENCES LIÉES AUX TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION DANS LE CONTENU DE L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE?

Les technologies de communication modernes (c.-à-d., téléphones cellulaires/intelligents, applications/sites Web de médias sociaux) ont transformé la manière dont les jeunes personnes sont exposées à l'information sur la sexualité et communiquent à son sujet.

> Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* affirment que l'éducation complète à la santé sexuelle devrait intégrer **« les enjeux émergents liés à la santé et au bien-être sexuels et y répondre »** (CIÉSCAN, 2019).

À l'adolescence, pratiquement toutes les jeunes personnes au Canada ont accès à Internet, et la plupart possède un téléphone cellulaire ou y a accès (Steeves, 2014). Ces technologies de communication modernes peuvent contribuer à améliorer la santé et le bien-être sexuels des jeunes (p. ex., si on les utilise pour renforcer l'intimité et pour communiquer avec des partenaires) (Van Ouystel et coll., 2018); mais elles peuvent également conduire à des résultats négatifs (p. ex., risques d'exploitation et atteintes à la vie privée) (Slane, 2013).

Il est important que l'éducation complète à la santé sexuelle fournisse aux élèves les connaissances et compétences nécessaires pour utiliser les technologies de communication de manière sécuritaire et respectueuse.

L'envoi d'images, de vidéos ou de messages sexuellement explicites (c.-à-d., « sextage ») est de plus en plus répandu chez les jeunes, à mesure que l'accès aux technologies numériques s'accroît (Gassó et coll., 2019; Temple & Lu, 2018).

Une enquête nationale auprès de jeunes personnes de 16 à 20 ans a révélé que :
41 % avaient déjà envoyé un sexto ou une image à caractère sexuel d'elles-mêmes
66 % avaient déjà reçu un sexto
Johnson et coll. (2018)

Les recherches sur le lien entre le sextage et la santé et le bien-être sexuels ne sont pas encore concluantes.

Certaines données démontrent que le sextage est associé à la dépression et à l'anxiété (Gassó et coll., 2019), mais d'autres recherches concluent qu'il n'y a pas d'association entre le sextage et les indicateurs du bien-être psychologique (Gordon-Messer et coll., 2013). Ces résultats contrastés pourraient s'expliquer, dans la plupart des recherches, par l'absence de distinction entre le sextage désiré et non désiré (c.-à-d., forcé) (Gassó et coll., 2019; Slane, 2013; Temple & Lu, 2018).

Dans les études qui établissent cette distinction, les adolescent-es ayant subi la pression d'envoyer des sextos (comparativement à celles et ceux qui désiraient le faire) ont déclaré plus d'anxiété et de problèmes liés au sextage (p. ex., leur photo a été partagée avec d'autres élèves de l'école) (Englander, 2012).

Un examen de la recherche qualitative à ce sujet révèle que certaines jeunes personnes considèrent le sextage comme une expérience amusante ou une forme d'expérimentation sexuelle avant d'être prêtes à avoir des activités sexuelles physiques (Anastassiou, 2017). Cependant, les jeunes doivent également être conscient-es des conséquences sociales et juridiques de l'envoi de sextos (Société canadienne de pédiatrie, 2014) et comprendre le rôle du consentement dans ce contexte.

Parmi les jeunes Canadien-nes de 16 à 20 ans :
19 % ont envoyé des sextos non sollicités
51 % ont reçu des sextos non sollicités Johnson et coll. (2018)

Les jeunes doivent être informé-es qu'il est criminel de distribuer ou de partager une photo ou une vidéo à caractère sexuel d'une personne sans son consentement (Code criminel, 1985). **Dans l'étude de Johnson et collègues (2018) auprès de jeunes Canadien-nes de 16 à 20 ans, 42 % de celles et ceux qui avaient envoyé un sexto ont déclaré qu'un ou plusieurs de ces sextos avaient été partagés sans leur consentement.** Chez la plupart des jeunes, toutefois, la connaissance des conséquences juridiques possibles ne suffit pas à modifier le comportement.

Il est essentiel que l'on enseigne aux jeunes à remettre en question les stéréotypes traditionnels liés au genre et à reconnaître et contester les mécanismes de désengagement moral (c.-à-d., le blâme des victimes, la diffusion de la responsabilité) – deux réalités fortement associées au partage de sextos sans le consentement de l'expéditeur(-trice) d'origine (Johnson et coll., 2018).

Les parents canadiens veulent que leurs enfants acquièrent ces connaissances et ces compétences. Dans l'Enquête nationale auprès des parents [*National Parent Survey*] réalisée par le CIÉSCAN (2020), 94 % des parents étaient d'avis que l'éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire devrait inclure les technologies de communication en lien avec la sexualité.

RÉFÉRENCES

Anastassiou, A. (2017). Sexting and young people: A review of the qualitative literature. *The Qualitative Report, 8*(9), 2231-2239.

CIÉSCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

CIÉSCAN. (2020). N*ational Parent Survey: Canadian parents' opinions on sexual health education in schools*. Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).

Code criminel, Lois révisées du Canada. (1985, ch. C-46). Accessible sur le site Web de la législation (Justice) à : https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/section-162.1.html

Englander, E. (2012). Low risk associated with most teenage sexting: A study of 617 18-year-olds. MARC Research Reports, Paper 6. http://vc.bridgew.edu/marc_reports/6.

Gassó, A.M., Klettke, B., Agustina, J.R., & Montiel, I. (2019). Sexting, mental health, and victimization among adolescents: A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*, 2364.

Gordon-Messer, D., Bauermeister, J.A., Grodzinski, A., & Zimmerman, M. (2013). Sexting among young adults. *Adolescent Health, 52*, 301-306.

Johnson, M., Mishna, F., Okumu, M., & Daciuk, J. (2018). Non-consensual sharing of sexts: Behaviours and attitudes of Canadian youth, Ottawa: HabiloMédias. https://mediasmarts.ca/sites/mediasmarts/files/publication-report/full/sharing-of-sexts.pdf.

Slane, A. (2013). Sexting and the law in Canada. *Canadian Journal of Human Sexuality, 22*(3), 117-122.

Société canadienne de pédiatrie. (2014). Les sextos : Assurer la sécurité et la responsabilité des adolescents dans un monde adepte de technologie. https://www.cps.ca/fr/documents/position/sextos.

Steeves, V. (2014). Jeunes Canadiens dans un monde branché, Phase III : Tendances et recommandations. Ottawa, ON: HabiloMédias. https://habilomedias.ca/sites/mediasmarts/files/publication-report/full/jcmbiii_tendances_recommandations_rapport.pdf

Temple, J.R., & Lu, Y. (2018). Sexting from a health perspective: Sexting, health, and risky sexual behaviour. Dans Walgrave, M., Van Ouytsel, Ponnet, K., & Temple, J.R. (Éds.), *Sexting: Motives and risk in online sexual self-presentation* (pp. 53-62).

Van Ouytsel, J., Walgrave, M., & Ponnet, K. (2018). A nuanced account: Why do individuals engage in sexting? Dans Walgrave, M., Van Ouytsel, Ponnet, K., & Temple, J.R. (Éds.), *Sexting: Motives and risk in online sexual self-presentation* (pp. 39-52).

QUESTION 19 :

POURQUOI EST-IL IMPORTANT D'INCLURE LES COMPÉTENCES EN LITTÉRATIE MÉDIATIQUE DANS LE CONTENU DE L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE?

Une éducation complète à la santé sexuelle peut aider les élèves à développer les compétences de littératie médiatique et numérique nécessaires pour faire la part entre les représentations positives de la sexualité et des relations, dans les médias, et celles qui sont problématiques.

Les jeunes du Canada utilisent divers appareils pour accéder à l'information et pour se connecter à des communautés en ligne (Steeves, 2014a).

Une étude récente auprès de jeunes Canadien-nes de 14-15 ans a observé que :
77 % possédaient leur propre téléphone intelligent
51 % possédaient leur propre ordinateur

Brisson-Boivin (2018).

Chez les jeunes, l'accès à Internet est quasi universel. Les jeunes consomment le contenu des médias via Internet plus que par tout autre médium (p. ex., la télévision) (Steeves, 2014a). La majorité des élèves utilise Internet comme une source d'information à propos de questions de santé et de relations (Steeves, 2014a). Approximativement 20 % des élèves de 11e année déclarent utiliser Internet pour la recherche d'information concernant la sexualité (Steeves, 2014a).

Internet peut être bénéfique pour améliorer la capacité d'apprentissage des jeunes auprès de sources crédibles et, en revanche, présente des défis lorsque l'information y est inexacte (Springate & Omar, 2013). **Seulement deux tiers des jeunes Canadien-nes prennent des mesures pour vérifier l'information qu'elles et ils trouvent en ligne à des fins personnelles** (Steeves, 2014b).

Internet permet un accès presque illimité à du matériel sexuellement explicite – et cela est signalé comme une préoccupation à la fois par des parents et par des jeunes (Brisson-Boivin, 2018; Livingstone et coll., 2014). Le pourcentage de jeunes qui visionnent de la pornographie sur Internet, au Canada, est en hausse. Dans une enquête nationale auprès de jeunes du Canada, approximativement 30 % des élèves de 10e et 11e année ont répondu regarder de la pornographie en ligne (Steeves, 2014c). Des études plus petites au Canada et aux États-Unis ont observé des taux plus élevés d'adolescent-es déclarant avoir été exposé-es à des sites Web sexuellement explicites (Braun-Courville & Rojas, 2009; Peter & Valkenberg, 2016; Thompson, 2006).

Les Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle signalent que les programmes complets d'éducation à la santé sexuelle **« devraient favoriser le développement de compétences de littératie médiatique et numérique qui habilitent les personnes à évaluer de façon critique le matériel qu'elles croiseront »** (CIÉSCAN, 2019, p. 27).

Afin d'être adaptés aux besoins éducationnels des jeunes d'aujourd'hui, les programmes complets d'éducation à la santé sexuelle devraient les aider à développer des compétences critiques de littératie médiatique pour interpréter et évaluer l'imagerie sexuelle à laquelle Internet peut

les exposer. De plus, les jeunes ont besoin de développer la capacité de différencier entre les sources crédibles d'information sur la sexualité et les sources problématiques.

Les parents sont également d'avis que les élèves devraient développer de telles compétences. Dans l'Enquête nationale auprès des parents [*National Parent Survey*] (2020) du CIÉSCAN, **93 % des parents ont indiqué que les compétences médiatiques concernant le contenu sexuel dans la publicité, la télévision et la pornographie devraient être enseignées dans l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles.**

Des programmes d'éducation en littératie médiatique peuvent avoir un impact positif sur la santé sexuelle des adolescent-es.

Les élèves qui ont suivi un programme complet de littératie médiatique et d'éducation à la santé sexuelle ont signalé :
Un renforcement de leurs intentions d'utiliser des contraceptifs et de leur autoefficacité à le faire;
Des attitudes plus positives à l'égard de la communication au sujet de la santé sexuelle (avec un-e partenaire, parent ou adulte de confiance);
Une acceptation réduite des rôles de genre rigides et de la violence dans les relations; et
Une augmentation du scepticisme et des habiletés de décodage concernant les médias. Scull et coll. (2018)

Il a également été démontré que des interventions en littératie médiatique aident les élèves à résister à la pression de leurs pair-es et à reconnaître les représentations trompeuses des relations et de la sexualité dans les médias (Pinkleton et coll., 2012).

RÉFÉRENCES

Braun-Courville, D.K., & Rojas, M. (2009). Exposure to sexually explicit websites and adolescent sexual attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health, 45*, 156-162.

Brisson-Boivin, Kara. (2018). « Le bien-être numérique des familles canadiennes ». HabiloMédias. Ottawa.

CIÉSCAN. (2019a). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

CIÉSCAN. (2020). *National Parent Survey: Canadian parents' opinions on sexual health education in schools.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).

Livingstone, S., Kirwil, L., Ponte, C., & Staksrud, E. (2014). In their own words: What bothers children online. *European Journal of Communication, 29*(3), 271-288.

Peter, J., & Valkenberg, P.M. (2016). Adolescents and pornography: A review of 20 years of research. *Journal of Sex Research, 53*(4-5), 509-531.

Pinkleton, B.E., Austin, E.W., Chen, Y., & Cohen, M. (2012). The role of media literacy in shaping adolescents' understanding of and responses to sexual portrayals in mass media. *Journal of Health Communication, 17*(4), 460-476.

Scull, T.M., Kupersmidt, J.B., Malik, C.V., & Morgan-Lopez, A.A. (2018). Using media literacy education for adolescent health promotion in middle school: Randomized control trial of Media Aware. *Journal of Health Communication, 23*, 1051-1063.

Springate, J., & Omar, H.A. (2013). The impact of the internet on the sexual health of adolescents: A brief review. International *Journal of Child and Adolescent Health, 6*(4), 469-471.

Steeves, V. (2014a) Jeunes Canadiens dans un monde branché, phase III : La vie en ligne. Ottawa: HabiloMédias.

Steeves, V. (2014b). Jeunes Canadiens dans un monde branché, phase III : Experts ou amateurs : Jauger les connaissances en littératie médiatique des jeunes Canadiens. Ottawa: HabiloMédias.

Steeves, V. (2014c). Jeunes Canadiens dans un monde branché, phase III : Tendances et recommandations. Ottawa, ON: HabiloMédias.

Thompson, S. (2006). Adolescent access to sexually explicit media content in Alberta: A human ecological investigation Dissertation. University of Alberta. (Order No. MR22387).

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

PARTIE C :

L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE DANS D'AUTRES MILIEUX

© Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

QUESTION 20 :

POURQUOI EST-IL IMPORTANT DE SOUTENIR LES PARENTS ET TUTEUR(-TRICE)S DANS LEUR RÔLE D'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ AUPRÈS DE LEURS ENFANTS?

Comme l'indiquent les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, les parents, tuteurs et tutrices **« ont un rôle crucial et complémentaire à jouer dans l'éducation sexuelle de leurs enfants »** (CIÉSCAN, 2019, p. 84).

Les parents et tuteur(-trice)s croient qu'il est important de parler de santé sexuelle avec leurs enfants (Wilson et coll., 2010) et la plupart des parents disent communiquer avec leurs enfants à propos de certains aspects de la santé sexuelle (p. ex., reproduction, infections transmissibles sexuellement) (Jerman & Constantine, 2010). Les jeunes Canadien-nes considèrent également que l'éducation à la santé sexuelle est une responsabilité commune de leurs écoles et de leurs parents (Foster et coll., 2011).

Les jeunes sont plus susceptibles d'utiliser la pilule contraceptive et/ou des condoms (s'ils/elles sont actif(-ve)s sexuellement) et communiquent mieux avec leurs partenaires romantiques lorsqu'ils et elles ont une bonne communication au sujet de la sexualité avec un parent (Widman et coll., 2013; 2016).

Certains parents et tuteur(-trice)s pourraient avoir grandi à une époque ou dans une culture où les discussions sur la sexualité étaient taboues et où l'accès à l'information sur la santé sexuelle était limité.

Toutefois, les parents signalent les obstacles suivants dans leurs discussions sur la sexualité avec leurs enfants :
Ils et elles craignent de ne pas posséder suffisamment de connaissances sur la sexualité;
Ils et elles croient que leurs enfants ne sont pas prêt-es à parler de santé sexuelle; et/ou
Ils et elles sont gêné-es ou mal à l'aise de parler de sexualité avec leurs enfants.

Jerman & Constantine (2010); Malacane & Beckmeyer (2016); Wilson et coll. (2010)

Les parents qui sont mieux renseigné-es sur la sexualité et plus à l'aise d'en parler communiquent à propos d'un plus large éventail de sujets avec leurs enfants (p. ex., ITS, plaisir, agression sexuelle, prises de décisions dans les relations) et encouragent leurs enfants à poser plus souvent des questions sur la sexualité (Byers et coll., 2008).

Dans l'Enquête nationale auprès des parents [*National Parent Survey*] du CIÉSCAN (2020), seulement 23 % des parents/tuteur(-trice)s avaient encouragé « *souvent* » ou « *très souvent* » leurs enfants à poser des questions sur la santé sexuelle au cours de l'année précédente. Les parents et tuteur(-trice)s qui étaient plus à l'aise de discuter de santé sexuelle avec leurs enfants étaient plus susceptibles de les encourager à poser des questions.

Les jeunes trouvent également important d'être encouragé-es à communiquer à propos de la sexualité avec leurs parents. Dans une étude auprès de 600 élèves canadien-nes de la 6e à la 8e année, les adolescent-es ont évalué l'éducation à la santé sexuelle reçue de leurs parents comme

étant de meilleure qualité s'ils/elles sentaient que leurs parents les encourageaient plus fréquemment à poser des questions au sujet de la sexualité (Foster et coll., 2011).

Les interventions en santé sexuelle qui impliquent les parents peuvent améliorer la communication parents/adolescent-es sur la santé sexuelle (Hobgen et coll., 2015). Dans une méta-analyse de programmes visant des changements dans la communication parents/adolescent-es sur la santé sexuelle, et examinant les résultats comportementaux, des chercheur(-euse)s ont observé ce qui suit : les parents qui ont participé à des interventions ont déclaré des pointages de communication plus élevés et une plus grande aisance que les parents des groupes témoins (Santa Maria et coll., 2015). Les programmes d'éducation à la santé sexuelle qui impliquent les parents peuvent avoir un impact positif sur le comportement sexuel des adolescent-es (p. ex., usage accru du condom) (Santa Maria et coll., 2015; Widman et coll., 2019; Wight & Fullerton, 2013).

Compte tenu du rôle important des parents et tuteur(-trice)s dans le développement de leurs enfants, il est vital qu'ils et elles aient accès à des ressources d'éducation à la santé sexuelle adaptées à leurs besoins (CIÉSCAN, 2019). Ces ressources sont nécessaires pour aider les parents et tuteur(-trice)s à accroître leurs connaissances, leur aisance et leur capacité à discuter de l'information sur la santé sexuelle avec leurs enfants.

RÉFÉRENCES

Byers, E.S., Sears, H.A., & Weaver, A.D. (2008). Parents' reports of sexual communication with children in kindergarten to grade 8. *Journal of Marriage and Family, 70*, 86-96.

CIÉSCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org.

CIÉSCAN. (2020). *National Parent Survey: Canadian parents' opinions on sexual health education in schools.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).

Foster, L., Byers, E.S., & Sears, H.A. (2011). Middle school students' perceptions of the quality of the sexual health education received from their parents. *Canadian Journal of Human Sexuality, 20*(3), 55-65.

Hobgen, M., Ford, J., Bescasen, J.S., & Brown, K.F. (2015). A systematic review of sexual health interventions for adults: Narrative evidence. Journal of Sex Research, 52(4), 444-469.

Jerman, P., & Constantine, N.A. (2010). Demographic and psychological predictors of parent-adolescent communication about sex: A representative statewide analysis. *Journal of Youth and Adolescence, 39*, 1164-1174.

Malacane, M., & Beckmeyer, J. (2016). A review of parent-based barriers to parent-adolescent communication about sex and sexuality: Implications for sex and family educators. *American Journal of Sexuality Education, 11*(1), 27-40.

Santa-Maria, D., Markham, C., Bluethmann, S., & Dorlan Mullen, P. (2015). Parent-based adolescent sexual health interventions and effect on communication outcomes: A systematic review and meta-analyses. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 47*(1), 37-50.

Widman, L., Choukas-Bradley, S., Helms, S.W., Golin, C.E., & Prinstein, M.J. (2013). Sexual communication between early adolescents and their dating partners, parents, and best friends. *Journal of Sex Research, 51*, 731–741.

Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S.M., Nesi, J., & Garrett, K. (2016). Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 170*(1), 52-61.

Widman, L., Evans, R., & Javidi, H. (2019). Assessment of parent-based interventions for adolescent sexual health: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 173*(9), 866-877.

Wight, D., & Fullerton, D. (2013). A review of interventions with parents to promote the sexual health of their children. *Journal of Adolescent Health, 52*, 4-27.

Wilson, E.K., Dalberth, B.T., Koo, H.P., & Gard, J.C. (2010). Parents' perspectives on talking to preteenage children about sex. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 42*(1), 56-63.

QUESTION 21 :

POURQUOI LES ÉTABLISSEMENTS SERVANT DES AÎNÉ-ES DEVRAIENT-ILS AVOIR LA CAPACITÉ DE FOURNIR UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE?

En 2016, on comptait au Canada approximativement 425 000 aîné-es qui vivaient dans des établissements de soins infirmiers ou dans des résidences pour personnes âgées (Statistique Canada, 2017). De récentes analyses indiquent que 30 % des personnes de 85 à 89 ans vivent dans des résidences pour aîné-es (Garner et coll., 2018).

Compte tenu de l'importance de la santé sexuelle pour le bien-être et la santé des adultes plus âgé-es (voir Question 3), il est nécessaire que l'éducation complète à la santé sexuelle soit accessible dans les établissements de soins de longue durée et qu'elle soit adaptée aux besoins des aîné-es (CIÉSCAN, 2019).

Des stéréotypes à propos des adultes plus âgé-es présentent souvent l'activité sexuelle chez les aîné-es comme étant inappropriée, ou tiennent pour acquis qu'à cet âge on ne s'intéresse plus au sexe. Comme nous le signalons dans la Question 3, il est démontré que ces idées sont fausses. Nombre d'aîné-es indiquent vouloir et avoir encore des activités sexuelles après l'arrivée dans des établissements de soins en résidence (Bauer et coll., 2013a; Elias & Ryan, 2011; Franowski & Clark, 2009).

Plusieurs obstacles, dans les établissements de soins de longue durée, peuvent limiter l'expression sexuelle des aîné-es qui y vivent :
Un manque d'intimité;
Une santé défaillante;
Des limitations cognitives;
Les connaissances et attitudes du personnel, d'autres résident-es et de la famille; et/ou
Le fait de ne pas avoir de partenaire.
Bauer et coll. (2013a); Elias & Ryan (2011); Mahieu & Gastmans (2015); Villar et coll., (2014)

Les aîné-es LGBTQI2SNA+ rencontrent des obstacles additionnels concernant leur sexualité; plusieurs sentent devoir cacher leur identité, pour éviter l'exclusion sociale ou en réponse à la stigmatisation rencontrée (Leyerzapf et coll., 2018; Mahieu & Gastmans, 2015). Les établissements de soins de longue durée devraient adopter des stratégies qui sont sensibles aux besoins des aîné-es LGBTQI2SNA+ et qui aident à créer un milieu où ces personnes sentent qu'elles peuvent exprimer qui elles sont en toute sécurité (Sussman et coll., 2018).

Au Canada, des chercheur-es ont étudié les types de stratégies utilisées par des établissements de soins de longue durée pour aider les aîné-es LGBTQI2SNA+ (Sussman et coll., 2018). Les stratégies les plus courantes consistaient à former le personnel, puis à offrir aux résident-es des programmes à thème LGBTQI2SNA+. Les établissements qui ont proposé ces

LGBTQI2SNA+ : *Lesbiennes, gais, bisexuel-les, trans, queer, intersexué-es, bispirituel-les, non binaires, asexuel-les et autres identités émergentes.*

stratégies ont noté plusieurs avantages, notamment une amélioration de la sensibilisation et de l'acceptation.

Le soutien à la santé sexuelle des aîné-es et la mise au point de critères pour évaluer la capacité d'un-e résident-e à consentir à l'activité sexuelle ont été identifiés dans les lignes directrices pour le soutien aux adultes vivant en soins de longue durée (Vancouver Coastal Health Authority, 2009).

> Il est essentiel que les personnes travaillant dans les établissements pour aîné-es comprennent l'importance de la sexualité tout au long de la vie et aient la capacité de fournir une éducation complète en matière de santé sexuelle et de soutenir le droit des résident-es à l'expression sexuelle.

Le personnel travaillant dans les établissements pour aîné-es devrait avoir la possibilité de s'informer sur les besoins de santé sexuelle des adultes plus âgé-es (CIÉSCAN, 2019). La participation à des programmes d'éducation en matière de santé sexuelle peut améliorer les connaissances et les attitudes du personnel concernant l'expression sexuelle des aîné-es dans les établissements de soins de longue durée (Bauer et coll., 2013b ; Walker & Harrington, 2002).

RÉFÉRENCES

Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D., & Beattie, E. (2013a). 'I always look under the bed for a man.' Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: The views of residents with and without dementia. *Psychology & Sexuality, 4*(3), 296-309.

Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2013b). Sexuality in older adults: Effect of an educational intervention on attitudes and beliefs of residential care staff. *Educational Gerontology, 39*, 82-91.

CIÉSCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org.

Elias, J., & Ryan, A. (2011). A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 1668-1676.

Franowski, A.C., & Clark, L.J. (2009). Sexuality and intimacy in assisted living: Residents' perspectives and experiences. *Sexuality Research & Social Policy, 6*(4), 25-37.

Garner, R., Tanuseputro, P., Manuel, D.G., & Sanmartin, C. (2018). Transitions vers les soins de longue durée et les soins en établissement chez les Canadiens âgés. *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, 29(5), 13-23.

Leyerzapf, H., Visse, M., De Beer, A., & Abma, T.A. (2018). Gay-friendly elderly care: Creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm. *Aging & Society, 38,* 353-377.

Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. International *Journal of Nursing Studies, 52*, 1891-1905.

Statistique Canada. (2017). *Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : Faits saillants du Recensement de 2016.* https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.htm.

Sussman, T., Brotman, S., MacIntosh, H., Chamberland, L., MacDonnell, J., Daley, A., Dumas, J., & Churchill, M. (2018). Supporting lesbian, gay, bisexual, & transgender inclusivity in long-term care homes: A Canadian perspective. *Revue canadienne du vieillissement, 37*(2), 121-132.

Vancouver Coastal Health Authority. (2009). *Supporting sexual health and intimacy in care facilities: Guidelines for supporting adults living in long-term care facilities and group homes in British Columbia, Canada.*

Villar, F., Celdran, M., Faba, J., & Serrat, R. (2014). Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): Comparison of staff and residents' views. *Journal of Advanced Nursing, 70*(11), 2518-2527.

Walker, B.L., & Harrington, D. (2002). Effects of staff training on staff knowledge and attitudes about sexuality. *Educational Gerontology, 28*(8), 639-654.

QUESTION 22 :

POURQUOI LES CENTRES DE DÉTENTION ET ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS DEVRAIENT-ILS DONNER ACCÈS À UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE?

Selon Statistique Canada, en moyenne 38 786 adultes par jour étaient en détention provinciale, territoriale et fédérale, en 2017-2018 (Malakieh, 2019). La même année, 7 052 jeunes (en moyenne, par jour) étaient en détention ou dans un programme supervisé dans la communauté. La plupart des personnes incarcérées déclarent avoir été sexuellement actives dans les mois précédant leur incarcération (Kouyoumdjian et coll., 2016); 17 % des hommes et 31 % des femmes déclarent avoir été sexuellement actif(-ve)s pendant leur incarcération (Thompson et coll., 2010).

> Les personnes dans les centres de détention et établissements correctionnels devraient avoir accès à une éducation en matière de santé sexuelle qui soit pertinente à leurs besoins (CIÉSCAN, 2019).

ENJEUX DE SANTÉ SEXUELLE

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)

Les personnes qui ont été incarcérées risquent d'avoir des problèmes de santé sexuelle et signalent de nombreux obstacles à l'accès aux services de santé sexuelle (Bernier & MacLellan, 2011; Besney et coll., 2018; Martin et coll., 2012; Kouyoumdjian et coll., 2016; Thompson et coll., 2010). Les ITS (p. ex., la chlamydia et la gonorrhée) sont courantes parmi les jeunes et les adultes en détention (Besney et coll., 2018; Kouyoumdjian et coll., 2016). Les maladies transmissibles par le sang (notamment le VIH et l'hépatite C) sont courantes parmi les adultes en détention (Martin et coll., 2012; Nolan & Stewart, 2014; Stewart et coll., 2014).

VIH

Selon une étude, entre 1 % et 2 % des hommes et entre 1 % et 9 % des femmes en détention vivaient avec le VIH (Kouyoumdjian et coll., 2016). Le Service correctionnel du Canada estime que la prévalence du VIH dans les prisons fédérales canadiennes est de 1,76 % (Service correctionnel du Canada, 2016). Cependant, l'accès au traitement du VIH dans les prisons canadiennes peut être interrompu ou sous-optimal selon le lieu (Kouyoumdjian et coll., 2016; 2019).

SANTÉ SEXUELLE ET GÉNÉSIQUE

Bien que peu de travaux aient porté sur la santé génésique des personnes incarcérées au Canada (Kouyoumdjian et coll., 2016), des données démontrent que les femmes en détention connaissent souvent des problèmes de santé sexuelle et reproductive (Bernier & MacLellan, 2011; Michel et coll., 2012). Par exemple, certaines femmes font état de difficultés à accéder à des moyens de contraception adéquats (Bernier & MacLellan, 2011; Paynter et coll., 2019). Des chercheurs de l'Ontario ont examiné les taux de grossesse non désirée et d'utilisation de contraceptifs chez les femmes incarcérées dans la province : elles avaient un plus grand besoin non satisfait de contraception que la population générale (Liauw et coll., 2016).

SANTÉ SEXUELLE DES ADOLESCENT-ES

Les jeunes en détention doivent également avoir accès à une éducation complète en matière de santé sexuelle. En Colombie-Britannique, des chercheur-es ont interrogé 114 jeunes pendant leur détention (Smith et coll., 2013). La majorité des participant-es (âgé-es de 16 à 18 ans) ont déclaré avoir eu des expériences de sexe oral et/ou de pénétration sexuelle. Trente-cinq pour cent ont déclaré avoir déjà été enceintes ou avoir contribué à une grossesse; ce taux était plus élevé que les taux signalés pour les jeunes dans les écoles. Dans une étude de suivi, les chercheur-es ont interrogé un échantillon de jeunes femmes en détention (Smith et coll., 2014). Celles qui étaient sexuellement actives ont noté un manque de connaissances sur la santé sexuelle et la régulation des naissances, tout en indiquant que la seule fois où elles avaient reçu des informations sur la santé sexuelle était pendant leur détention.

VIOLENCE SEXUELLE ET FONDÉE SUR LE GENRE

Il est également essentiel de lutter contre la violence sexuelle et sexiste dans ces populations. Certaines personnes peuvent être en détention en raison d'actes de violence sexuelle et fondée sur le genre. De nombreuses personnes incarcérées ont subi des violences sexuelles. Selon une méta-analyse de 29 études portant sur les abus subis pendant l'enfance par des personnes incarcérées au Canada, 50 % des femmes et 22 % des hommes ont déclaré avoir subi des abus sexuels avant l'âge de 18 ans (Bodkin et coll., 2019). Il est donc important que les programmes de santé sexuelle adaptés à cette population intègrent une approche tenant compte des traumatismes (Bodkin et coll., 2019; CIÉSCAN, 2019).

INTERVENTIONS D'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE

Parmi les personnes actuellement ou récemment incarcérées, des interventions éducatives peuvent être efficaces pour :
Promouvoir les connaissances en matière de santé sexuelle;
Aider des personnes à acquérir des compétences comportementales à risque réduit; et
Accroître l'adoption de comportements sexuels plus sécuritaires. Azhar et coll. (2014); Kouyoumdjian et coll. (2015); Knudson et coll. (2014); Ramaswamy et coll. (2014); Robertson et coll. (2011)

Les personnes qui ont été incarcérées ont connu ou risquent de connaître divers résultats négatifs en matière de santé sexuelle (par exemple, ITS, manque de soins pour le VIH, difficultés d'accès à la contraception, taux élevés de violence/abus sexuels). Ces données démontrent la nécessité d'une éducation complète et de grande qualité, en matière de santé sexuelle, dans les centres de détention et les établissements correctionnels du Canada.

> Les personnes détenues dans les centres de détention et établissements correctionnels doivent avoir accès à une éducation complète en matière de santé sexuelle afin de renforcer leur capacité à protéger et à améliorer leur santé et leur bien-être sexuels pendant la durée de leur peine et après leur libération.

RÉFÉRENCES

Azhar, S.V., Berringer, K.R., & Epperson, M.W. (2014). A systematic review of HIV prevention interventions targeting women involved with the criminal justice system. *Journal of the Society for Social Work and Research, 5*, 253-289.

Bernier, J.R., & MacLellan, K. (2011). *Health status and health services use of female and male prisoners in provincial jail.* Nouvelle-Écosse, Canada: Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes.

Besney, J.D., Angel, C., Pyne, D., Martell, R., Keenan, L., & Ahmed, R. (2018). Addressing women's unmet health care needs in a Canadian remand center: Catalyst for improved health? *Journal of Correctional Health Care, 24*(3), 276-294.

Bodkin, C., Pivnick, L., Bomdy, S.J., Ziegler, C., Martin, R.E., Jernigan, C., & Kouyoumdjian, F. (2019). History of childhood abuse in populations incarcerated in Canada: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health, 109*(3): e1-e11.

CIÉSCAN. (2019a). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org

Kouyoumdjian, F., Schuler, A., Matheson, F.I., & Hwang, S.W. (2016). Health status of prisoners in Canada: Narrative review. *Le médecin de famille canadien, 62*, 215-222.

Kouyoumdjian, F., Lamarche, L., McCormack, D., Rowe, J., Kiefer, L., Kroch, A., & Antoniou, T. (2019). 90-90-90 for everyone? Access to HIV care and treatment for people with HIV who experience imprisonment in Ontario, Canada. *AIDS Care, 15*, 1-9.

Kouyoumdjian, F., McIsaac, K.E., Liauw, J., Green, S., Karachiwalla, F., Siu, W., Binswanger, I., Kiefer, L., Kinner, S.A., Korchinski, M., Matheson, F.I., Young, P., & Hwang, S.W. (2015). A systematic review of randomized controlled trials of interventions to improve the health of persons during imprisonment and in the year after release. *American Journal of Public Health, 105*(4): e13-33.

Knudson, H.K., Staton-Tindall, M., Oser, C.B., Havens, J.R., & Leukefeld, C.G. (2014). Reducing risky relationships: A multisite randomized trial of a prison-based intervention for reducing HIV sexual risk behaviours among women with a history of drug use. *AIDS Care, 26*(9), 1071-1079.

Liauw, J., Foran, J., Dineley, B., Costescu, D., & Kouyoumdjian, F.G. (2016). The unmet contraceptive need of incarcerated women in Ontario. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 38*(9), 820-826.

Malakieh, J. (2019). Statistiques sur les services correctionnels pour les adultes et les jeunes au Canada, 2017-2018. Juristat, 85(002). Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.

Martin, R.E., Buxton, J.A., Simth, M., & Hislop, T.G. (2012). The scope of the problem: The health of incarcerated women in BC. *BC Medical Journal, 54*(10), 502-508.

Michel, S., Gobeil, R., & McConnell, A. (2012). Délinquantes âgées incarcérées : besoins en soutien social et en santé. Rapport de recherche R-275. Ottawa, ON: Service correctionnel du Canada.

Nolan, A., & Stewart, L. (2014). État de santé physique déclaré par les nouvelles délinquantes purgeant une peine de ressort fédéral. Rapport de recherche, R-332. Ottawa, ON: Service correctionnel du Canada.

Paynter, M.J., Drake, E.K., Cassidy, C., & Snelgrove-Clarke, E. (2019). Maternal health outcomes for incarcerated women: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing, 28*, 2-46-2060.

Ramasway, M., Simmons, R., & Kelly, P.J. (2014). The development of a brief jail-based cervical health promotion intervention. *Health Promotion Practice, 16*(3), 432-442.

Robertson, A.A., St. Lawrence, J.S., Morse, D.T., Baird-Thomas, C., Liew, H., & Gresham, K. (2011). Comparison of health education and STD risk reduction interventions for incarcerated adolescent females. *Health Education & Behavior, 38*(3), 241-250.

Service correctionnel du Canada. (2016). Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) Âge, sexe et origine autochtone. https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-3034-fra.shtml

Smith, A., Cox, K., Poon, C., Stewart, D., & McCreary Centre Society (2013). *Time Out III: A profile of BC youth in custody.* Vancouver, BC: McCreary Centre Society.

Smith, A., Warren, B., Cox, K., Peled, M., & McCreary Centre Society (2014). *Listening to Young Women's Voices II.* Vancouver, BC. McCreary Centre Society.

Stewart, L., Sapers, J., Nolen, A., & Power, J. (2014) État de santé physique autodéclaré des délinquants de sexe masculin nouvellement admis sous responsabilité fédérale. Rapport de recherche R-314. Ottawa, ON: Service correctionnel du Canada.

Thompson, J., Zakaria, D., & Borgotta, F. (2010). Sensibilisation aux mesures visant à réduire les méfaits des infections transmissibles sexuellement (ITS) dans les pénitenciers du Canada, et utilisation de ces articles. Rapport de recherche R-209 Ottawa: Service correctionnel du Canada.

QUESTION 23 :

POURQUOI EST-IL IMPORTANT QUE LES FOURNISSEUR(-EUSE)S DE SOINS PRIMAIRES JOUENT UN RÔLE CLÉ DANS LA PRESTATION DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE?

Les fournisseur(-euse)s de soins primaires (p. ex., les médecins, infirmière(-ier)s et sages-femmes) sont dans une position unique en raison de leur rôle important dans la prestation d'une éducation à la santé sexuelle exacte et pertinente, à toutes les étapes de la vie (Fenell & Grant, 2019; Pascoal et coll., 2017; Shindel & Parish, 2013). Les fournisseur(-euse)s de soins primaires sont perçu-es comme des sources très bien documentées, pour l'information en santé, et sont susceptibles d'être le premier point de contact d'individus de tous âges qui ont des préoccupations de santé sexuelle (Coleman et coll., 2013; Shindel et coll., 2016; CIÉSCAN, 2019).

Selon une recherche canadienne, approximativement 52 % des étudiant-es universitaires de 18 à 24 ans, et 58 % des personnes de 40 à 59 ans, identifient les fournisseur(-euse)s de soins de santé comme une source cruciale d'information sur la santé sexuelle (CIÉSCAN, 2015; 2019).

En éduquant proactivement les patient-es et les client-es au sujet de la santé sexuelle et en leur offrant l'occasion de poser des questions sur la sexualité, les fournisseur(-euse)s de soins primaires peuvent déceler des problèmes de santé sexuelle existants et ouvrir la voie à la prestation d'information et de compétences motivationnelles et comportementales pour prévenir des problèmes de santé sexuelle et améliorer la santé et le bien-être sexuels.

LA PRESTATION D'UNE ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE À DIVERS GROUPES

ADOLESCENT-ES

Les pédiatres et les médecins de famille sont bien placé-es pour fournir aux jeunes une éducation cruciale sur la santé sexuelle. Dans le cadre des examens et des bilans de santé réguliers, les fournisseur(-euse)s de soins primaires jouent un important rôle de soutien et de référence pour offrir aux jeunes une éducation sur la prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS), la contraception et les relations saines (Dawson, 2018; Marcell et coll., 2017). Une étude a révélé que les médecins discutaient de la sexualité dans 65 % de leurs rendez-vous de maintien de la santé avec des adolescent-es : lors de ces conversations, c'est le médecin qui a pris l'initiative d'aborder le sujet de la santé sexuelle – ce qui indique que les fournisseur(-euse)s de soins primaires pourraient devoir être proactif(-ve)s dans leurs discussions sur la santé sexuelle avec des jeunes (Alexander et coll., 2014).

ENFANTS ET ADOLESCENT-ES AYANT UNE MALADIE CHRONIQUE ET/OU UN HANDICAP

L'information sur la santé sexuelle fournie par des médecins pourrait être particulièrement bénéfique pour les enfants et les adolescent-es qui ont une maladie chronique et/ou un handicap (Breuner et coll., 2016). L'importance du rôle des fournisseur(-euse)s de soins primaires dans la prestation de l'éducation à la santé sexuelle pourrait être amplifiée chez les jeunes handicapé-es, qui ne reçoivent peut-être pas à l'école une éducation à la santé sexuelle adaptée à leurs besoins et qui ont besoin d'une éducation et de soins de santé spécialisés en la matière (Walters & Gray, 2018).

AUTRES ADULTES ET AÎNÉ-ES

Les fournisseur(-euse)s de soins primaires pourraient jouer un rôle particulièrement important dans la prestation d'informations crédibles sur la santé sexuelle aux adultes et aux aîné-es qui n'ont plus accès à l'éducation sexuelle à l'école. Les personnes plus âgées ont souvent des questions, des préoccupations et des problèmes de santé sexuelle liés à l'âge, qui peuvent rester sans réponse si les fournisseur(-euse)s de soins primaires ne parlent pas proactivement des enjeux de la santé sexuelle, avec elles, et ne les éduquent pas à ce sujet (Pascoal et coll., 2017).

PERSONNES MARGINALISÉES

Les médecins et les infirmière(-ier)s peuvent jouer un rôle important dans la réponse à des besoins d'éducation à la santé sexuelle non comblés des populations qui rencontrent de la discrimination, de la marginalisation, de la stigmatisation ou des conditions d'accès inégal aux services, et qui peuvent en conséquence être plus vulnérables à des résultats négatifs en santé sexuelle (CIÉSCAN, 2019). Ceci inclut les personnes handicapées, les personnes LGBTQI2SNA+, les communautés autochtones, les minorités ethnoculturelles, les travailleuse(-eur)s du sexe et les personnes nouvellement arrivées au Canada (CIÉSCAN, 2019).

DES SOINS CULTURELLEMENT COMPÉTENTS

La capacité des fournisseur(-euse)s de soins primaires de fournir des informations de santé sexuelle sensées, inclusives et pertinentes, de même que des soins appropriés, aux personnes de populations spécifiques, est souvent appelée soins culturellement compétents ou adaptés à la culture (voir Agence de la santé publique du Canada, 2019).

La compétence culturelle dans l'éducation à la santé sexuelle et les soins de santé est nécessaire pour que les personnes sentent qu'elles peuvent parler librement et franchement de leur santé sexuelle. Dans une étude des expériences d'immigrant-es iranien-nes au Canada, la plupart des participant-es préféraient recevoir de l'information sur la santé sexuelle auprès d'un médecin (Maticka-Tyndale et coll., 2007). Cependant, une perception de manque de compréhension culturelle de la part des professionnel-les des soins de santé laissait souvent les participant-es sans réponse à des questions et préoccupations de santé sexuelle.

Les patient-es transgenres qui perçoivent que leur fournisseur(-euse) de soins de santé connaît bien les enjeux trans signalent moins de malaise à discuter de questions de santé avec lui ou elle (Bauer et coll., 2015).

LGBTQI2SNA+ : *Lesbiennes, gais, bisexuel-les, trans, queer, intersexué-es, bispirituel-les, non binaires, asexuel-les et autres identités émergentes.*

Les jeunes et adolescent-es LGBTQI2SNA+ ont souligné l'importance des facteurs suivants :
1. L'utilisation d'un langage inclusif par les fournisseur(-euse)s de soins primaires;
2. Le degré d'aisance des fournisseur(-euse)s de soins primaires à l'égard des enjeux de santé sexuelle pertinents aux personnes LGBTQI2SNA+; et
3. Des questions régulières de la part des fournisseur(-euse)s de soins primaires sur la sexualité et les comportements sexuels. Fuzzell et coll. (2016)

De telles actions peuvent favoriser un milieu où les personnes LGBTQI2SNA+ se sentent à l'aise de dévoiler leurs besoins de santé sexuelle aux fournisseur(-euse)s de soins primaires et reçoivent des informations de santé sexuelle pertinentes.

LES OBSTACLES À LA PRESTATION D'UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE

Il est important de noter que les fournisseur(-euse)s de soins primaires peuvent rencontrer des obstacles dans la prestation de l'éducation à la santé sexuelle. Par exemple, ils et elles pourraient avoir reçu peu de formation spécifique aux enjeux de santé sexuelle et pourraient en conséquence être moins à l'aise de fournir à leurs patient-es des informations sur le sujet. Des contraintes de temps peuvent également limiter le type d'éducation pouvant être fourni : dans une étude observationnelle de conversations entre des médecins et leurs patient-es adolescent-es, enregistrées sur bande audio, les discussions touchant la sexualité duraient en moyenne moins de 40 secondes (Alexander et coll., 2014).

Considérant le rôle important que les fournisseur(-euse)s de soins primaires peuvent jouer dans l'éducation à la santé sexuelle, il est crucial que ces professionnel-les reçoivent une formation et des ressources adéquates.

Les établissements de formation des fournisseur(-euse)s de soins primaires devraient inclure des informations sur la sexualité et la santé sexuelle et aborder les attitudes à ce sujet, en plus de développer les compétences liées à la prestation d'informations de santé (Shindel et coll., 2016; CIÉSCAN, 2019). Il est nécessaire de faire en sorte que ces intervenant-es aient la capacité de fournir des informations exactes sur la santé sexuelle, afin d'améliorer la santé et le bien-être sexuels des individus (Coleman et coll., 2013; Shindel & Parish, 2013; CIÉSCAN, 2019).

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2019). *Compétences essentielles en santé publique au Canada*. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/pratique-sante-publique/competences-ligne/competences-essentielles-sante-publique-canada.html.

Alexander, S.C., Fortenberry, J.D., & Pollak, K.I., Bravender, T., Davis, J.K., Østbye, T., Tulsky, J.A., Dolor, R.J., & Shields, C.G. (2014). Sexuality talk during adolescent health maintenance visits. *JAMA Pediatrics, 168*(2), 163-169.

Bauer, G.R., Zong, X., Scheim, A.I., Hammond, R., & Thind, A. (2015). Factors impacting transgender patients' discomfort with their family physicians: A respondent-driven sampling survey. *PLOS One, 10*(12): e0145046.

Breuner, C.C., Mattson, G., Committee on Adolescence, & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2016). Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics, 138*(2), e20161348.

CIÉSCAN. (2015). Trojan/SIECCAN: Sexual health at midlife study. Données inédites. Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). Données disponibles sur demande.

CIÉSCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org.

CIÉSCAN. (2019). Trojan/SIECCAN: Sexual health of university students study. Données inédites. Toronto, ON: Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). Données disponibles sur demande.

Coleman, E., Elders, J., Satcher, D., Shindel, A., Parish, S., Kenagy, G., Bayer, C.R., Knudson, G., Kingsberg, S., Clayton, A., Lunn, M.R., Goldsmith, E., Tsai, P., & Light, A. (2013). Summit on medical school education in sexual health: Report of an expert consultation. *Journal of Sexual Medicine, 10*, 924-938.

Dawson, R.S. (2018). Adolescent sexual health and education: Where does the pediatrician's responsibility fall? *Pediatric Annals, 47*(4), e136-e139.

Fenell, R., & Grant, B. (2019). Discussing sexuality in health care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing, 28*, 3065-3076.

Fuzzell, L., Fedesco, H.N., Alexander, S.C., Fortenberry, J.D., & Shields, C.G. (2016). "I just think that doctors need to ask more questions": Sexual minority and majority adolescents' experiences talking about sexuality with healthcare providers. *Patient Education and Counseling, 99*(9), 1467-1472.

Marcell, A.V., Burnstein, G.R., & AAP Committee on Adolescence. (2017). Sexual and reproductive health services in the pediatric setting. *Pediatrics, 140*(5), e20172858.

Maticka-Tyndale, E., Shirpak, K.R., & Chinichian, M. (2007). Providing for the sexual health needs of Canadian immigrants: The experience of immigrants from Iran. *Revue canadienne de santé publique, 3*, 183-186.

Pascoal, E.L., Slater, M., & Guiang, C. (2017). Discussing sexual health with aging patients in primary care: Exploratory findings at a Canadian urban academic hospital. *Canadian Journal of Human Sexuality, 26*(3), 226-237.

Shindel, A.W., & Parish, S.J. (2013). Sexuality education in North American medical schools: Current status and future directions. *Journal of Sexual Medicine, 10*, 3-18.

Shindel, A.W., Baazeem, A., Eardly, I., & Coleman, E. (2016). Sexual health in undergraduate medical education: Existing and future needs and platforms. *Journal of Sexual Medicine, 13*, 1013-1026.

Walters, F.P., & Gray, S.H. (2018). Addressing sexual and reproductive health in adolescents and young adults with intellectual and developmental disabilities. *Current Opinion in Pediatrics, 30*(4), 451-458.

QUESTION 24 :

POURQUOI EST-IL IMPORTANT QUE LES ORGANISMES QUI SERVENT DES PERSONNES AYANT DES HANDICAPS PHYSIQUES ET/OU DÉVELOPPEMENTAUX AIENT LA CAPACITÉ DE FOURNIR UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ SEXUELLE?

La sexualité est un aspect central de l'être humain et l'expression de la sexualité est un droit humain fondamental (Organisation mondiale de la Santé, 2010). Toutefois, les personnes handicapées ont historiquement vu leur droit à l'expression sexuelle limité (p. ex., stérilisation forcée) et leurs besoins de santé sexuelle négligés (Campbell, 2017; CIÉSCAN, 2019). En 2017, plus de 6,2 millions de Canadien-nes de plus de 15 ans déclaraient avoir un ou plusieurs handicaps (p. ex., physique, apprentissage, développement) (Statistique Canada, 2019).

> Les individus et les communautés utilisent des termes différents pour discuter, s'identifier, et désigner leur relation au handicap. Certains utilisent le langage de la personne d'abord (par exemple, « une personne handicapée ») et d'autres le langage de l'identité d'abord (par exemple, « un-e handicapée »). Il est important que les personnes travaillant au sein d'organismes comprennent la langue préférée des personnes et des communautés qu'elles servent.

Plus récemment, des approches de réponse aux besoins de santé sexuelle des personnes handicapées ont évolué pour mettre l'accent sur l'autodétermination, les droits humains et l'importance de la sexualité (Brown & McCann, 2019; Campbell, 2017). Mais les idées fausses au sujet des personnes handicapées (comme la présomption de leur désintérêt pour le sexe) et le manque de formation des fournisseur(-euse)s de soins sont des obstacles qui persistent dans l'accès de cette population à une éducation et à des services adéquats en matière de santé sexuelle (Brown & McCann, 2019; Campbell, 2017; Sinclair et coll., 2015).

> Contrairement à ce que véhiculent les stéréotypes, la plupart des personnes ayant un handicap physique, intellectuel et/ou développemental sont actives sexuellement et veulent avoir des partenariats romantiques (Brown & McCann, 2019; Campbell, 2017; Kahn & Halpern, 2018).

Dans une étude populationnelle réalisée au Royaume-Uni, la majorité des adolescent-es et des jeunes adultes ayant un handicap physique ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec pénétration ou des relations orales (Kahn & Halpern, 2018). De la même façon, en Angleterre, une étude nationale représentative a révélé que la plupart des jeunes adultes ayant un handicap intellectuel avaient eu des relations sexuelles avec pénétration (75 % des hommes, 72 % des femmes) (Baines et coll., 2018).

Les personnes handicapées expriment un désir d'autonomie dans leurs relations et leurs prises de décisions sexuelles (Brown & McCann, 2019). Le handicap peut refaçonner et remettre en question les conceptualisations du sexe et de la sexualité qui sont basées sur des compréhensions hétéronormatives et capacitistes de la sexualité (Campbell, 2017; Kattari, 2015). Toutefois, ceci est contrebalancé par une possibilité de stigmatisation et un risque d'abus et d'exploitation (Brown & McCann, 2019). Par exemple, les personnes handicapées

sont affectées de manière disproportionnée par la violence fondée sur le genre et ont des taux d'abus sexuel et d'agression sexuelle plus élevés que les personnes non handicapées (voir la Question 7 et la Question 15) (Gouvernement du Canada, 2018; McDaniels & Fleming, 2016; Stermac et coll., 2018).

> Il est impératif que les personnes handicapées aient accès à une éducation complète en matière de santé sexuelle, qui renforce leur capacité de prendre des décisions éclairées à propos de leur santé sexuelle.

Malgré un besoin et un désir clairs de recevoir des informations sur la santé sexuelle, les personnes handicapées rencontrent d'importants obstacles dans l'accès à une éducation complète à la santé sexuelle adaptée à leurs besoins (Brown & McCann, 2019; Campbell, 2017; McCann et coll., 2016; Medina-Rico et coll., 2018).

L'éducation à la santé sexuelle que les personnes handicapées reçoivent est incomplète et trop souvent axée sur :	
Les aspects physiologiques (p. ex., menstruations, parties du corps).	Les mesures de protection (p. ex., prévention des abus).
Peu d'attention est accordée aux aspects positifs ou enrichissants de la santé sexuelle, comme le développement ou le maintien de relations. Brown & McCann (2019); McCann et coll. (2016); Medina-Rico et coll. (2018); Schaafsma et coll. (2017); Sinclair et coll. (2015)	

Les gais, lesbiennes et personnes bisexuelles et trans qui sont handicapé-es font également état d'un manque d'éducation à la santé sexuelle adaptée à leurs besoins (McCann et coll., 2016).

Afin d'améliorer leur santé sexuelle et de prévenir les résultats négatifs, les personnes handicapées ont besoin d'une éducation à la santé sexuelle qui aborde des sujets pertinents à leurs vies. L'éducation à la santé sexuelle peut également offrir à ces personnes des occasions de développer et de mettre en pratique des compétences sociales pertinentes (p. ex., flirter, demander/donner un consentement) (SIECUS, 2001). Selon une méta-analyse, les programmes d'éducation à la santé sexuelle destinés aux personnes ayant des handicaps intellectuels sont efficaces pour améliorer les aspects globaux de la santé sexuelle (p. ex., prises de décisions et compétences sociales dans les relations, diminution de comportements inappropriés) (Gonzálvez et coll., 2018).

Un manque de formation et de connaissances du personnel soignant en matière de santé sexuelle peut également nuire à l'accès à l'information et à l'expression de la sexualité chez les personnes handicapées (Brown & McCann, 2019; Saxe & Flanagan, 2014; 2016). Une recherche a révélé que les travailleur(-euse)s de soutien au Canada ont généralement des attitudes positives à l'égard de la sexualité et des handicaps (Saxe & Flanagan, 2016). Toutefois, la recherche souligne également la nécessité évidente d'une meilleure éducation du personnel des organismes qui servent des personnes handicapées (Brown & McCann, 2019).

L'éducation et la formation du personnel sont citées comme étant des facteurs clés de la réponse aux enjeux de santé sexuelle qui touchent les personnes ayant des handicaps développementaux (Saxe & Flanagan, 2014; 2016); les programmes d'intervention en santé sexuelle pour les personnes handicapées sont plus efficaces lorsqu'ils sont dotés d'un personnel adéquatement formé (Gonzálvez et coll., 2018). Des personnes pourraient avoir besoin de réponses à des questions/préoccupations spécifiques en lien avec le handicap. Par

conséquent, il est essentiel de former les individus qui travaillent dans des organismes pour personnes handicapées, afin qu'ils puissent fournir une éducation à la santé sexuelle pertinente et complète.

Enfin, les collèges et les universités qui fournissent une formation initiale aux travailleur(-euse)s de première ligne, de même que les organismes qui servent des personnes handicapées, peuvent favoriser l'accès à l'éducation à la santé sexuelle en établissant des politiques claires qui rendent obligatoire la formation sur la santé sexuelle pour le personnel soignant (Brown & McCann, 2019; Saxe & Flanagan, 2016; CIÉSCAN, 2019; Sinclair et coll., 2015).

Il est nécessaire de fournir au personnel des établissements de soins de courte et de longue durée une formation adéquate et continue en matière de santé sexuelle, afin d'aider les personnes handicapées à prendre des décisions qui améliorent leur santé et leur bien-être sexuels et qui préviennent les résultats négatifs en santé sexuelle.

RÉFÉRENCES

Baines, S., Emerson, S., Robertson, J., & Hatton, C. (2018). Sexual activity and sexual health among young adults with and without mild/moderate intellectual disability. *BMC Public Health, 18*, 667.

Brown, M., & McCann, E. (2019). The views and experiences of families and direct care support workers regarding the expression of sexuality by adults with intellectual disabilities: A narrative review of the international evidence. *Research in Developmental Disabilities, 90*, 80-91.

Campbell, M. (2017). Disabilities and sexual expression: A review of the literature. *Sociology Compass, 11*, e12508.

CIÉSCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). www.sieccan.org.

Gonzálvez, C., Fernández-Sogorb, A., Sanmartín, R., Vicent Juan, M., Granados, L., & García- Fernández, J.M. (2018). Efficacy of sex education programs for people with intellectual disabilities: A meta-analysis. *Sexuality & Disability, 36*, 331-347.

Gouvernement du Canada. (2018). Il est temps de tirer un constat : Qui la violence fondée sur le sexe touche-t-elle? https://cfc-swc.gc.ca/violence/knowledge-connaissance/fs-fi-2-fr.html.

Kahn, N.F., & Halpern, C.T. (2018). Experiences of vagina, oral, and anal sex from adolescence to early adulthood in populations with physical disabilities. *Journal of Adolescent Health, 62*, 294-302.

Kattari, S.K. (2015). "Getting it": Identity and sexual communication for sexual and gender minorities with physical disabilities. *Sexuality & Culture, 19*, 882-899.

McCann, E., Lee, R., & Brown, M. (2016). The experiences and support needs of people with intellectual disabilities who identify as LGBT: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities, 57*, 39-53.

McDaniels, B., & Fleming, A. (2016). Sexuality education and intellectual disability: Time to address the challenge. *Sexuality and Disability, 34*, 215-225.

Medina-Rico, M., Lópes-Ramos, H., & Quiñonez, A. (2018). Sexuality in people with intellectual disability: Review of the literature. *Sexuality & Disability, 26*, 231-248.

Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Santé sexuelle.* Organisation mondiale de la Santé. https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/.

Saxe, A., & Flanagan, T. (2014). Factors that impact support workers' perceptions of the sexuality of adults with developmental disabilities: A quantitative analysis. *Sexuality & Disability, 32*, 45-63.

Saxe, A., & Flanagan, T. (2016). Unprepared: An appeal for sex education training for support workers of adults with developmental disabilities. *Sexuality & Disability, 34*, 443-453.

Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J.M., & Curfs, L.M. (2017). People with intellectual disabilities talk about sexuality: Implications for the development of sex education. *Sexuality & Disability, 35 21-38*.

SIECUS. (2001). Sexuality education for people with disabilities. Sexuality information and education council of the United States (SIECUS), SIECUS report, 29(3).

Sinclair, J., Unruh, D., Lindstrom, L., & Scanlon, D. (2015). Barriers to sexuality for individuals with intellectual and developmental disabilities: A literature review. *Education Training in Autism and Developmental Disabilities, 50*(1), 3-16.

Statistique Canada. (2019). Type d'incapacité pour les personnes ayant une incapacité âgées de 15 ans et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310037601&request_locale=fr.

Stermac, L., Cripps, J., Badali, V., & Amiri, T. (2018). Sexual coercion experiences among Canadian university students with disabilities. *Journal of Postsecondary Education and Disability, 31*(4), 321-333.

sieccan

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

RAPPEL

NOUS VOULONS CONNAÎTRE VOTRE AVIS

VISITEZ
WWW.EVALUATIONQUESTIONSREPONSES.CA

POUR NOUS FAIRE PART DE VOS COMMENTAIRES SUR LA RESSOURCE *QUESTIONS ET RÉPONSES : L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE À L'ÉCOLE ET DANS D'AUTRES MILIEUX*

PARTAGEZ VOS COMMENTAIRES ET PARTICIPEZ AU TIRAGE D'UNE CARTE-CADEAU VISA!