

Éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles :

Questions et réponses 3^e édition



Éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles : Questions et réponses (3^e édition)

Une ressource qui répond aux questions sur
l'éducation en matière de santé sexuelle dans nos écoles



Ce document a été préparé par Alexander McKay, Ph.D, coordonnateur de recherche et
Mary Bissell, Ph.D., coordonnatrice des services de l'information,
Sex Information and Education Council of Canada (SIECCAN)
Le Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2	9. Quels sont les éléments clés des programmes d'éducation en matière de santé sexuelle qui influencent les comportements?	10
QUESTIONS:		10. Quel est l'impact de mettre des condoms à la disposition des adolescents?	12
1. La santé sexuelle et les jeunes canadiens : Où en sommes-nous?	2	11. Les condoms sont-ils efficaces pour prévenir le VIH et les autres ITS?	12
2. Pourquoi devrions-nous enseigner la santé sexuelle dans les écoles?	4	12. L'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire devrait-elle parler de la diversité sexuelle?	13
3. Les parents veulent-ils que la santé sexuelle soit enseignée à l'école?	5	13. L'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire devrait-elle parler de la contraception d'urgence?	14
4. Les jeunes veulent-ils que la santé sexuelle soit enseignée à l'école?	5	14. Comment l'éducation en matière de santé sexuelle devrait-elle parler des nouvelles lois relatives à l'âge de consentement?	14
5. Quelles valeurs enseigne-t-on dans les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire?	6	15. Quels sont les avantages sociaux et économiques de la mise en place de programmes d'éducation générale en matière de santé sexuelle dans les écoles?	15
6. L'éducation en matière de santé sexuelle mène-t- elle à des activités sexuelles plus précoces ou plus fréquentes?	7	16. Comment les <i>Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle</i> peuvent- elles aider à mettre en place et à maintenir des programmes de santé sexuelle de qualité élevée en milieu scolaire?	16
7. Existe-t-il des preuves concluantes qu'une éducation en matière de santé sexuelle peut aider à réduire les risques de grossesses non-désirées et d'infections VIH/ITS chez les jeunes?	7	RÉFÉRENCES	17
8. Les programmes prônant l'abstinence sont-ils une forme efficace d'éducation sexuelle en milieu scolaire?	8		

REMERCIEMENTS : Ce projet a été financé par l'Agence de la santé publique du Canada.

Les opinions exprimées dans cette publication appartiennent aux auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de l'Agence de la santé publique du Canada.

Imprimé avec l'aide de CATIE, 2011
Contactez : www.catie.ca 1-800-263-1638
N° du Centre de distribution de CATIE : ATI-26276F
(also available in English: ATI-26276)



INTRODUCTION

L'accès à une éducation générale efficace en matière de santé sexuelle est un facteur important de la santé et du bien-être des jeunes Canadiens (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Les programmes en milieu scolaire constituent un moyen essentiel pour éduquer les jeunes en matière de santé

sexuelle. On demande souvent aux éducateurs, aux professionnels de la santé publique, aux gestionnaires et à tous ceux qui s'engagent à offrir une éducation de qualité sur la santé sexuelle, d'expliquer les motivations, la philosophie et le contenu des programmes sur la santé sexuelle existants ou à l'état de projet.

« *L'accès à un enseignement général de qualité en matière de santé sexuelle constitue un facteur important dans la santé et le bien-être des jeunes Canadiens (Agence de la santé publique du Canada, 2008).* »

Ce document, préparé par le Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (www.sieccan.org), a été conçu pour encourager la mise en place d'une éducation de qualité sur la santé sexuelle dans les écoles canadiennes. Il répond à quelques unes des questions les plus fréquentes que peuvent avoir les parents, les communautés, les éducateurs, les planificateurs, les gestionnaires des milieux scolaires et de la santé et les gouvernements.

1. La santé sexuelle et les jeunes canadiens : Où en sommes-nous?

La santé sexuelle est multidimensionnelle et nécessite l'atteinte de résultats positifs tels des relations interpersonnelles mutuellement gratifiantes, la parentalité désirée ainsi que la prévention de résultats négatifs comme les grossesses non-désirées, les infections transmises sexuellement (ITS), le VIH et autres (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Pour tracer un portrait d'ensemble de la santé sexuelle des jeunes canadiens, on se base souvent sur les tendances dans les grossesses chez les adolescentes, les infections transmises sexuellement, l'âge des premiers rapports sexuels et l'usage du condom.

On peut présumer qu'une grande proportion des grossesses chez les adolescentes, surtout chez les plus jeunes, n'est pas désirée. Le taux de grossesses

Le Canada est une société pluraliste où des personnes ayant des valeurs philosophiques, culturelles et religieuses différentes vivent ensemble dans une société structurée selon des principes démocratiques fondamentaux. Les Canadiens ont des valeurs et des opinions diverses sur la sexualité humaine.

D'un point de vue philosophique, ce document reflète une approche démocratique fondée sur les principes de l'éducation en matière de santé sexuelle incarnée dans les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (version 2008) de l'Agence de la santé publique du Canada. Les Lignes directrices ont été établies sur le principe que l'éducation en matière de santé sexuelle devrait être accessible à tout le monde, adaptée à la culture et à l'âge des étudiants et qu'elle devrait respecter le droit qu'a la personne de faire des choix éclairés dans les domaines de la santé sexuelle et génésique.

Ce document répond aux questions les plus courantes sur l'éducation en matière de santé sexuelle en se basant sur les constats d'études scientifiques crédibles et récentes. Une approche fondée sur des données probantes combinée à un respect des valeurs et principes démocratiques assure des assises solides à l'élaboration et au déploiement, dans les écoles canadiennes, de programmes d'éducation de qualité en matière de santé sexuelle.

chez les adolescentes est donc un indicateur légitime direct des chances et de la capacité des jeunes femmes de contrôler cet aspect de leur santé sexuelle et reproductive. Au Canada, le taux de grossesses (naissances vivantes/avortements provoqués/morts fœtales) chez les jeunes adolescentes (15 à 17 ans) et chez les adolescentes plus âgées (18 et 19 ans) a diminué de façon importante au cours des dernières décennies (McKay, 2006). Plus récemment, le taux de grossesses chez les adolescentes de 15 à 19 ans est passé de 47,6 pour 1 000 en 1995 à 29,2 pour 1 000 en 2005 (Statistique Canada, 2009). Ce récent déclin est plus marqué chez les adolescentes de 15 à 17 ans chez qui le taux est passé de 28,5 pour 1 000 en 1995 à 15,8 pour 1 000 en 2005 (Statistique Canada, 2009)

1. LA SANTÉ SEXUELLE ET LES JEUNES CANADIENS : OÙ EN SOMMES-NOUS?

Les infections transmises sexuellement (ITS) constituent une menace considérable à la santé et au bien-être des jeunes canadiens et la prévalence des ITS courantes comme la chlamydie ou le papillome humain (VPH) est plus élevée chez les adolescents et les jeunes adultes. La chlamydie est particulièrement préoccupante car si on néglige de la traiter, elle finit par attaquer le système reproducteur de la femme (Agence de la santé publique du Canada, 2006). Les taux déclarés (nombre de tests positifs déclaré aux services de santé publique) de chlamydie sont en constante augmentation depuis quelques années (Agence de la santé publique du Canada, 2006). Il est toutefois important de souligner que les taux déclarés ne sont pas une indication de la prévalence (pourcentage de la population infectée) et qu'il est probable que l'augmentation des taux déclarés de chlamydie est surtout due à l'utilisation plus fréquente de technologies de dépistage plus sensibles et au plus grand nombre de jeunes se faisant tester (McKay et Barrett, 2008).

Néanmoins, des études canadiennes à petite échelle sur la prévalence ont constaté des taux de chlamydie allant de 3,4% chez les jeunes femmes ayant subi un dépistage chez leur médecin de famille (Richardson, Sellors, Mackinnon et al., 2003) à 10,9% chez les jeunes femmes vivant dans la rue (Shields, Wong, Mann, et al., 2004). La prévalence de la chlamydie chez les adolescents et les jeunes adultes canadiens est beaucoup trop élevée.

Chez la majorité des Canadiens, la première relation sexuelle a lieu à l'adolescence (Maticka-Tyndale, 2008; Rotermann, 2008). Dans l'ensemble, le pourcentage de jeunes canadiens qui disent avoir eu au moins une relation sexuelle a chuté depuis le milieu des années 1990 (Rotermann, 2008; Saewyc, Taylor, Homma et Ogilvie, 2008). Par exemple, des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indiquent que le pourcentage des 18-19 ans ayant eu au moins une relation sexuelle est passé de 70 % en 1996-1997 à 65 % en 2005 (Rotermann, 2008). Des études canadiennes et américaines indiquent que la pratique du sexe oral est à peu près aussi fréquente que la pénétration et que généralement, on commence à le pratiquer à peu près au même moment que la pénétration et qu'il est possible que jusqu'à un quart des adolescents commencent à pratiquer le sexe oral

avant de commencer à avoir des relations sexuelles avec pénétration (Maticka-Tyndale, 2008).

Ces dernières années, le pourcentage de jeunes canadiens sexuellement actifs disant avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle avec pénétration a augmenté (Rotermann, 2008; Saewyc, et al., 2008). Par exemple, chez les participants de l'Enquête sur la santé des adolescents de la Colombie-Britannique, l'utilisation du condom est passée de 64,6 % en 1992 à 74,9 % en 2003 (Saewyc et al., 2008). Les tendances à court terme sont également encourageantes : chez les adolescents de 15 à 19 ans participant à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, en 2003, 72 % disaient avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle avec pénétration, ce pourcentage est passé à 75 % en 2005 (Rotermann, 2008).

Bien que l'usage du condom chez les jeunes canadiens actifs sexuellement ait en général augmenté de façon manifeste, on assiste également à une tendance persistante qui voit les taux relativement élevés d'usage du condom chez les plus jeunes adolescents sexuellement actifs diminuer quand ils vieillissent (Rotermann, 2008; Saewyc et al., 2008). Par exemple, chez les participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités

canadiennes âgés de 15 à 19 ans, 81 % des 15-17 ans actifs sexuellement ont dit avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle comparé à 70 % des 18-19 ans (Rotermann, 2008). Ce déclin dans l'usage du condom avec l'âge chez les jeunes actifs sexuellement est clairement apparent dans d'autres enquêtes auprès des jeunes canadiens (Boyce, Doherty, Fortin, & MacKinnon, 2003; Saewyc et al., 2008). Au Canada, la tendance chez les adolescents plus âgés et les jeunes adultes à cesser d'utiliser systématiquement un condom est une claire indication qu'ils sous-estiment le risque de

« *Selon les indicateurs de base de la santé sexuelle, les jeunes Canadiens ont, à bien des égards, fait des progrès. Le taux de grossesse chez les adolescentes a considérablement chuté, le pourcentage des adolescents qui ont eu des relations sexuelles avec pénétration a également diminué dans les dernières années et le taux d'usage du condom chez les jeunes actifs sexuellement a augmenté.* »

contracter des infections transmises sexuellement (les taux de chlamydie les plus élevés se retrouvent chez les 20 à 24 ans).

Selon les indicateurs de base de la santé sexuelle, les jeunes canadiens ont, à bien des égards, fait des progrès. Le taux de grossesse chez les adolescentes a considérablement baissé, le pourcentage des adolescents qui ont eu des relations sexuelles avec pénétration a également diminué dans les dernières années et le taux d'utilisation du condom chez les jeunes actifs sexuellement a augmenté. D'importants défis doivent cependant encore être relevés. La prévalence des infections transmises sexuellement chez les jeunes canadiens est encore trop élevée et

représente une menace grave pour leur santé et leur bien-être présents et futurs. De nombreux jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et en questionnement ne reçoivent pas une éducation en matière de santé sexuelle correspondant à leur besoins (pour un débat plus approfondi sur les défis en matière de santé sexuelle auxquels sont confrontés les jeunes Canadiens, consulter Maticka-Tyndale, 2008). Afin de promouvoir efficacement la santé sexuelle et le bien-être général de nos jeunes, les familles, écoles, professionnels de la santé, services de santé publique, gouvernements et collectivités doivent partager la responsabilité d'offrir une éducation et des services de santé sexuelle de bonne qualité.

2. Pourquoi devrions-nous enseigner la santé sexuelle dans les écoles?

La santé sexuelle est un aspect clé de la santé personnelle et du bien-être social qui a une influence sur les personnes toute leur vie durant « (Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 2). Parce que la santé sexuelle est une composante clé de la santé et du bien-être général, « L'éducation en matière de santé sexuelle devrait être offerte à tous les Canadiens comme un élément important des programmes et des services de promotion de la santé » (Santé Canada, 2003, p. 1). En principe, tous les Canadiens, y compris les jeunes, ont droit à l'information, à la motivation, au discernement et aux aptitudes nécessaires pour prévenir les résultats négatifs sur le plan de leur santé sexuelle (p. ex. : infections transmises sexuellement, dont le VIH, grossesses non-désirées) et pour améliorer leur santé sexuelle (p. ex. : image et respect de soi, intégration de la sexualité dans des relations mutuellement satisfaisantes).

Des données de Statistique Canada indiquent que 65 % des jeunes canadiens de 18-19 ans ont eu au moins une relation sexuelle avec pénétration (Rotermann, 2008), ce qui démontre clairement que la plupart des Canadiens deviennent actifs sexuellement à l'adolescence. Pour s'assurer que les jeunes ont les connaissances, la motivation et le discernement ainsi que les aptitudes requises pour protéger 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 » (La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2004, p. 601).

Comme le stipule l'Agence de la santé publique du Canada (2008) :

Les écoles, qui sont les seuls établissements d'enseignement formels à établir des contacts significatifs (et obligatoires) avec presque tous les jeunes, occupent une place de choix lorsqu'il s'agit de donner aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes les connaissances, la compréhension, les compétences et les attitudes dont ils auront besoin pour prendre des décisions qui favorisent leur santé sexuelle ainsi que pour agir en conséquence tout au long de leur existence (p. 23).

En tant qu'élément fondamental dans le développement et le bien-être des jeunes, l'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire peut jouer un rôle important dans la prévention initiale des problèmes graves de santé sexuelle. Comme l'explique plus loin cette publication, des programmes d'éducation bien planifiés et déployés permettent

d'aider les jeunes à réduire les risques de VIH/ITS et de grossesse non désirée. En outre, on doit souligner qu'un des objectifs importants de l'éducation en matière de santé sexuelle est aussi une éducation sur des aspects

plus généraux tels le développement d'une image de soi positive et l'intégration de la sexualité dans des relations interpersonnelles enrichissantes et égalitaires (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

3. Les parents veulent-ils que la santé sexuelle soit enseignée à l'école?

Les parents et les tuteurs sont une source initiale importante de conseils pour les jeunes en matière de valeurs et de comportement sexuel. De nombreux jeunes considèrent leur parents comme une source précieuse d'information sur la sexualité (Frappier, Kaufman, Baltzer, et al., 2008).

Les parents reconnaissent que les écoles devraient jouer un rôle clé dans l'éducation en matière de santé sexuelle de leurs enfants. Des études effectuées dans différentes régions du Canada ont à maintes reprises constaté que plus de 85 % des parents sont d'accord que l'éducation en matière de santé sexuelle devrait être donnée dans les écoles et une majorité de ces parents sont d'accord pour que les écoles fournissent aux jeunes de l'information sur une variété de sujets relatifs à la santé sexuelle tels la puberté, la reproduction, les relations saines, la prévention ITS/sida, le contrôle des naissances, l'abstinence, l'orientation sexuelle, l'abus

sexuel et la contrainte (Langille, Langille, Beazley et Doncaster, 1996; McKay, Pietrusiak et Holowaty, 1998; Weaver, Byers, Sears, Cohen et Randall, 2002). Une étude plus récente effectuée en Saskatchewan (Comité consultatif du planning familial, 2008) a constaté que 92 % des parents sont d'accord ou entièrement d'accord que l'éducation sur la santé sexuelle devrait être offerte dans les écoles et 91 % ont indiqué qu'une éducation convenant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant devrait commencer avant la neuvième année (troisième année du secondaire).

« Des études effectuées dans différentes régions du Canada ont à maintes reprises constaté que plus de 85 % des parents sont d'accord que l'éducation en matière de santé sexuelle devrait être donnée dans les écoles... »

4. Les jeunes veulent-ils que la santé sexuelle soit enseignée à l'école?

Au Canada, des enquêtes faites auprès des jeunes démontrent clairement qu'ils veulent que l'éducation sur la santé sexuelle se fasse à l'école (Byers, Sears, Voyer, Thurlow, Cohen et Weaver, 2003a; Byers, Sears, Voyer, Thurlow, Cohen et Weaver, 2003b; McKay et Holowaty, 1997). Une enquête auprès d'étudiants d'écoles secondaires a révélé que 92 % d'entre eux pensaient que l'éducation en matière de santé sexuelle devrait être offerte à l'école et ils ont classé les thèmes suivants comme étant « très importants » ou « extrêmement importants » : la puberté, la reproduction, la sécurité personnelle, les agressions et contraintes sexuelles, la prise de décision sexuelle dans les nouvelles relations, le contrôle des

naissances, le sécurisexe et les ITS (Byers et al., 2003a). Des enquêtes nationales auprès de jeunes Canadiens ont révélé que les écoles étaient la source d'information sur les questions sexuelles (sexualité humaine, puberté, contrôle des naissances, VIH et sida) la plus souvent mentionnée (Boyce, Doherty, Fortin & Mackinnon, 2003) et que les écoles se classent au premier rang des sources les plus utiles et qualifiées d'information sur la santé sexuelle (Frappier et al., 2008).

5. Quelles valeurs enseigne-t-on dans l'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire?

Le Canada est une société pluraliste où différentes personnes ont différentes valeurs et points de vue sur la sexualité. Parallèlement, les Canadiens sont unis dans le respect des valeurs et principes de base fondamentaux d'une société démocratique. Une insistance sur les valeurs démocratiques forme le cadre de référence philosophique de nombreux programmes d'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire. Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2008) de l'Agence de la santé publique du Canada ont permis aux collectivités d'en arriver à un consensus sur les valeurs fondamentales que doit refléter l'éducation sur la santé sexuelle en milieu scolaire. Les Lignes directrices ont été énoncées afin de concrétiser une philosophie d'éducation inclusive qui respecte la diversité et reflète les préceptes fondamentaux de l'éducation dans une société démocratique. Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* ont pour objectif le développement de programmes en matière de santé sexuelle qui :

- mettent l'accent sur l'estime de soi, le respect et la dignité de la personne;
- devraient être adaptés à l'âge, tenir compte des antécédents culturels qui respecte la diversité sexuelle ainsi que les capacités et les choix individuels;
- aident les personnes à devenir plus sensibles et conscientes des effets que leurs comportements et leurs gestes peuvent avoir sur les autres et sur la société;
- évitent toute discrimination fondée sur l'âge, la race, l'origine ethnique, l'identité sexuelle, l'orientation sexuelle, le milieu socioéconomique, les capacités physiques et cognitives et l'appartenance religieuse en ce qui concerne l'accès à de l'information pertinente, adéquate, précise et complète (Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 13-14);

Ces énoncés reconnaissent que les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle ne devraient pas être « dénués de valeurs » mais plutôt que :

- une éducation efficace en matière de santé sexuelle reconnaît que des personnes responsables peuvent choisir des voies diverses pour parvenir à une santé sexuelle;
- une éducation efficace en matière de santé sexuelle encourage la prise de décisions éclairée en donnant aux personnes la possibilité d'acquérir la connaissance, le discernement, la motivation et les habiletés comportementales qui respectent leurs valeurs et leurs choix (Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 29).

« Les Lignes directrices ont été énoncées afin de concrétiser une philosophie d'éducation inclusive qui respecte la diversité et reflète les préceptes fondamentaux de l'éducation dans une société démocratique. »

6. L'éducation en matière de santé sexuelle mène-t-elle à des activités sexuelles plus précoces ou plus fréquentes?

L'impact de l'éducation en matière de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes a été considérablement analysé dans de nombreuses études d'évaluation. Une méta-analyse de 174 études examinant l'impact de différents types d'interventions de promotion de la santé sexuelle a révélé que ces programmes n'augmentaient pas la fréquence des comportements sexuels ni le nombre de partenaires sexuels (Smoak, Scott-Sheldon, Johnson & Carey, 2006). Plus précisément, à partir de l'examen de 83 études mesurant l'impact de programmes scolaires d'éducation sur la santé sexuelle, Kirby, Laris et Rollerli (2007) ont conclu qu'il y a des preuves solides que les programmes ne précipitent pas et n'augmentent pas les comportements sexuels, mais qu'au contraire, certains

retardent ou diminuent les comportements sexuels ou augmentent l'usage du condom ou des contraceptifs (p. 206) (Pour plus d'analyses de documentation sur l'évaluation des programmes d'éducation en matière de santé sexuelle, consulter Bennett et Assefi, 2005 et Kirby, Laris et Rollerli, 2005).

« Il y a des preuves solides que les programmes ne précipitent pas et n'augmentent pas les comportements sexuels, mais qu'au contraire, certains retardent ou diminuent les comportements sexuels ou augmentent l'usage du condom ou des contraceptifs. »

7. Existe-t-il des preuves concluantes qu'une éducation en matière de santé sexuelle peut aider à réduire les risques de grossesses non-désirées et d'infections VIH/ITS chez les jeunes?

Il existe un ensemble important de preuves rigoureuses sous forme d'études publiées et évaluées par des pairs mesurant l'impact sur les comportements d'interventions bien conçues sur la santé sexuelle des adolescents, qui permettent de conclure de façon formelle que ce type de programme peut avoir un impact positif considérable sur les comportements liés à la santé sexuelle (p. ex. : retarder la première relation sexuelle et augmenter l'usage du condom). Le U.S. Centers for Disease Control and Prevention's *Compendium of Evidence-Based HIV Prevention Interventions* (CDC, 2008) inclut par exemple des programmes pour adolescents qui ont été évalués avec rigueur et ont démontré qu'ils réduisaient l'incidence des ITS et du VIH et des comportements à risque pour le VIH ou encourageaient les comportements plus sûrs (en ligne). Pour les analyses exhaustives des

études d'évaluation démontrant l'impact positif sur les comportements de l'éducation sur la santé sexuelle, consulter Bennett et Assefi (2005) et Kirby, Laris et Rollerli (2005 et 2007).

« Il existe un ensemble important de preuves rigoureuses... qui permettent de conclure de façon formelle que ce type de programme peut avoir un impact positif considérable sur les comportements liés à la santé sexuelle... »

8. Les programmes prônant l'abstinence sont-ils une forme efficace d'éducation sexuelle en milieu scolaire?

Les principaux objectifs des programmes prônant l'abstinence sont en général d'encourager les jeunes à ne pas avoir d'activités sexuelles jusqu'à ce qu'ils soient mariés et d'enseigner aux jeunes que les activités sexuelles hors mariage risquent de causer des dommages psychologiques et physiques (Titre V, Section 510 du Social Security Act des États-Unis cité dans Trenholm, Devaney, Forston, et al., 2007). Les programmes qui préconisent uniquement l'abstinence choisissent délibérément de ne pas enseigner aux jeunes l'importance de toujours utiliser des moyens de contraception pour prévenir les grossesses non-désirées ou des condoms pour prévenir les ITS et le VIH.

Comme le stipulent les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2008) de l'Agence de la santé publique du Canada :

Une éducation efficace en matière de santé sexuelle encourage la prise de décisions éclairées en donnant aux personnes la possibilité d'acquérir la connaissance, le discernement, la motivation et les habiletés comportementales qui respectent leurs valeurs et leurs choix. Par exemple, certains adolescents ont des activités sexuelles avec des partenaires, tandis que d'autres prendront la décision de retarder ces activités sexuelles en connaissance de cause (p. 29).

Pour beaucoup de jeunes, ces valeurs et choix personnels mènent à la décision d'attendre d'être plus vieux pour avoir des activités sexuelles avec des partenaires. Pour les jeunes qui ne sont pas encore sexuellement actifs, retarder le moment de la première

8

«... certains adolescents ont des activités sexuelles avec des partenaires, tandis que d'autres prendront la décision de retarder ces activités sexuelles en connaissance de cause. »

relation sexuelle peut être un moyen efficace d'éviter les grossesses non-désirées, les infections transmises sexuellement et le VIH. Par conséquent, il est important que l'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire

aborde, dans son programme général, l'information, la motivation et les habiletés comportementales pertinentes nécessaires pour renforcer le choix de ne pas avoir de relations sexuelles. Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2008) de l'Agence de la santé publique du Canada stipulent qu'« une éducation

efficace en matière de santé sexuelle reconnaît que des personnes responsables peuvent choisir des voies diverses pour parvenir à une santé sexuelle » (p. 29). Les programmes d'éducation qui ne divulguent pas certaines informations permettant aux personnes de prendre des décisions éclairées et librement consenties en ce qui concerne

leur santé sexuelle, ne sont pas éthiques (Association mondiale de sexologie, 2008).

Les politiques qui préconisent uniquement l'abstinence risquent de contrevenir aux droits de la personne des jeunes parce qu'elles dissimulent de l'information sur le VIH et les autres

ITS qui pourraient sauver des vies (Ott & Santelli, 2007). Selon Statistique Canada, l'âge moyen de la première relation sexuelle avec pénétration chez les jeunes Canadiens de 15 à 24 ans ayant eu une relation sexuelle est de 16 ans et demi chez les garçons et les filles (Rotermann, 2005). Il est donc vital que l'éducation sur la santé sexuelle en milieu scolaire donne aux jeunes l'information, la motivation et les habiletés comportementales dont ils ont besoin pour utiliser systématiquement des moyens de contraception et pratiquer le sécurisexe, tel l'usage du condom, si et quand ils deviennent actifs sexuellement. Comme on a pu le lire dans ce document, donner de l'information sur les contraceptifs et le sécurisexe ne conduit pas les jeunes à des comportements sexuels précoces. Les résultats d'un nombre important de recherches indiquent que la plupart des programmes d'éducation sexuelle prônant l'abstinence ne réduisent pas les comportements sexuels des adolescents. Une évaluation d'études randomisées effectuée dans plusieurs sites de programmes d'éducation sexuelle prônant l'abstinence autorisée par le Congrès américain, et soumise au Department of Health and Human Services a constaté par exemple que les étudiants ayant participé à ces programmes n'étaient pas plus susceptibles de

« Les programmes d'éducation qui ne divulguent pas certaines informations permettant aux personnes de prendre des décisions éclairées et librement consenties en ce qui concerne leur santé sexuelle, ne sont pas éthiques. »

s'abstenir, de retarder le moment de leur première relation sexuelle ou d'avoir moins de partenaires sexuels que les étudiants n'ayant pas participé à ces programmes (Trenholm, Devaney, Fortson, et al., 2007). Ces conclusions, indiquant que les programmes prônant l'abstinence ne réduisent pas la probabilité que les jeunes aient des relations sexuelles, vont dans le même sens que celles d'autres études à grande échelle (p. ex. : Kohler, Manhart, & Lafferty, 2008) et que l'examen de la documentation sur l'évaluation des programmes (p. ex. : Bennett & Assefi, 2005; Hauser, 2004). Hauser s'appuie sur un examen des évaluations de programmes conçus pour mesurer l'impact des interventions prônant l'abstinence déployées aux États-Unis pour conclure que,

Les programmes prônant l'abstinence ne semblent pas avoir un impact durable (à long terme) sur les comportements et les intentions. Pire encore, ils pourraient avoir un impact négatif sur la volonté des jeunes d'utiliser des contraceptifs, y compris le condom pour prévenir les conséquences négatives sur la santé sexuelle liée aux relations sexuelles. Il est important de noter que dans un État seulement on a pu observer que ces programmes pouvaient retarder avec succès à court terme le moment de la première relation sexuelle. Il n'y a aucune preuve que ces programmes réussissent à retarder à long terme le moment de la première relation ni à réduire d'autres comportements sexuels à risque chez les participants (en ligne).

« Les résultats d'un nombre important de recherches indiquent que la plupart des programmes d'éducation sexuelle prônant l'abstinence ne réduisent pas les comportements sexuels des adolescents. »

9

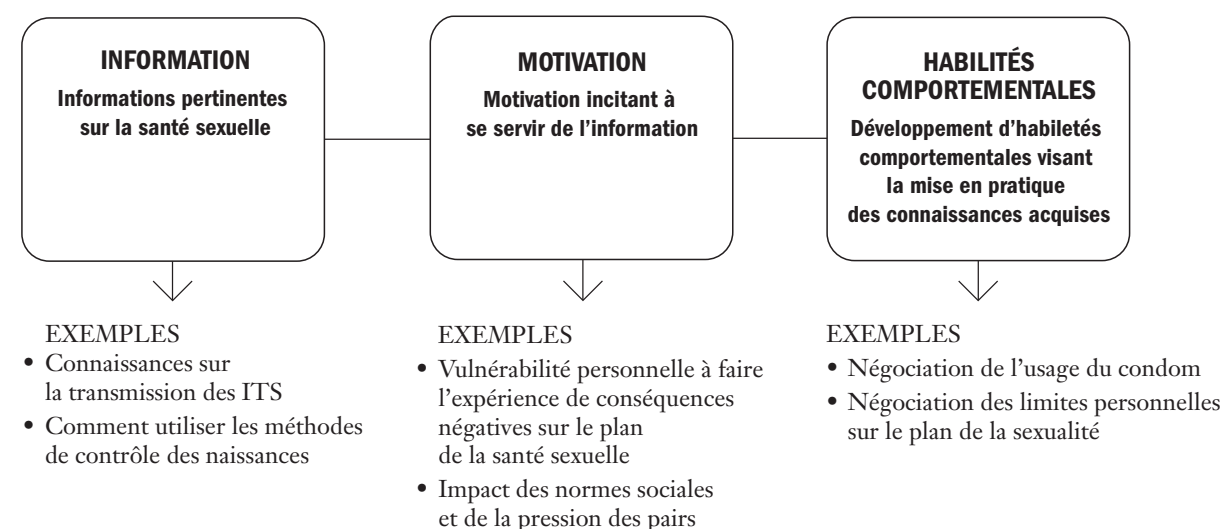
9. Quels sont les éléments clés des programmes d'éducation en matière de santé sexuelle qui influencent les comportements?

Pour être efficaces en milieu scolaire, les programmes d'éducation sur la santé sexuelle doivent comporter les éléments clés suivants : un temps de classe suffisant consacré à l'enseignement de ce sujet important et des enseignants ou éducateurs formés à cet enseignement et suffisamment motivés (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2004). Comme le stipule l'Agence de la santé publique du Canada (2008), « L'éducation en matière de santé sexuelle devrait être présentée par des personnes qui sont à l'aise avec le sujet, solidement formées, bien renseignées et neutres, qui bénéficient d'un bon soutien administratif de la part de leur organisme ou de leur organisation » (p. 22). De plus, la recherche sur la promotion de la santé sexuelle démontre clairement que les programmes efficaces du point de vue des comportements, sont fondés sur, et structuré par, des modèles théoriques de changement comportemental qui permettent aux éducateurs de comprendre et d'influencer les comportements relatifs à la santé sexuelle (Albarracin, Gillette, Earl et al., 2005, Kirby, Laris & Rolleri, 2007 et Agence de la santé publique du Canada, 2008).

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (version 2008) de l'Agence de la santé publique du Canada fournissent un cadre de travail pour la mise en place de programmes efficaces fondés sur le modèle information-motivation-habiletés comportementales (IMHC) d'amélioration de la santé sexuelle et de prévention des problèmes (Albarracin, Gillette, Earl, et al., 2005 et Fisher & Fisher, 1998). Le modèle IMHC précise par exemple que pour que l'éducation en matière de santé sexuelle soit efficace, elle doit offrir des informations qui touchent directement à la santé sexuelle (p. ex. : information sur des moyens efficaces de contrôle des naissances et où se la procurer) qui abordent les facteurs motivationnels qui influencent le comportement lié à la santé sexuelle (en discutant par exemple des pressions sociales incitant les jeunes à devenir sexuellement actifs et des avantages de retarder le moment de la première relation sexuelle) et qui inculquent les habiletés comportementales spécifiques nécessaires à la préservation et à l'amélioration de la santé sexuelle (en apprenant par exemple à négocier l'usage du condom et l'établissement de limites sur le plan de la sexualité).

Figure 1.

Le modèle information, motivation et habiletés comportementales (IMHC) pour une éducation en matière de santé sexuelle efficace



9. QUELS SONT LES ÉLÉMENTS CLÉS DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE QUI INFLUENCENT LES COMPORTEMENTS?

Pour plus d'information sur l'utilisation du modèle IMHC dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'éducation en matière de santé sexuelle, consulter les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

Une somme importante de recherches a identifié les éléments clés qui caractérisent les programmes efficaces de promotion de la santé sexuelle. (Pour un résumé et une analyse de la documentation, voir Albarracin, Gillette, Earl, et al., 2005, Fisher & Fisher,

1998, Kirby, Laris & Rolleri, 2007, Agence de la santé publique du Canada, 2008; Association mondiale de la sexologie, 2008.) Ces études ont clairement démontré que des programmes efficaces d'éducation en matière de santé sexuelle devront comprendre les éléments énumérés ci-dessous dans le tableau 1.

Tableau 1.

Éléments clés des programmes efficaces de promotion de la santé sexuelles

1.	Allouer un temps de classe réaliste et suffisant pour atteindre les objectifs.
2.	Offrir aux enseignants et éducateurs la formation et le soutien administratif nécessaires pour leur permettre d'enseigner le programme de façon efficace.
3.	Employer des méthodes d'enseignement éprouvées, y compris des modèles théoriques bien établis, pour concevoir et mettre en œuvre le programme (modèle IMHC, théorie sociocognitive, modèle transthéorique, théorie de l'action raisonnée et théorie du comportement planifié, par exemple).
4.	Utiliser des techniques d'invitation à converser pour identifier les caractéristiques des étudiants, leurs besoins et leurs styles d'apprentissage afin d'adapter l'enseignement à leur origine ethnoculturelle, à leur orientation sexuelle et à leur stade de développement.
5.	Cibler plus particulièrement les comportements qui mènent à des résultats négatifs sur le plan de la santé sexuelle comme les ITS, l'infection par le VIH et les grossesses non-désirées.
6.	Donner et renforcer constamment les messages de prévention relatifs à l'établissement de limites sexuelles (retarder le moment de la première relation sexuelle, choisir de ne pas avoir de relations sexuelles).
7.	Intégrer au programme des activités qui tiennent compte de l'environnement et du contexte social de la personne, tels la pression des pairs et des partenaires relativement à la sexualité des adolescents.
8.	Intégrer l'information, la motivation et les habiletés comportementales nécessaires à l'adoption et au maintien de comportements favorisant la promotion de la santé sexuelle.
9.	Donner des exemples clairs et des occasions de pratiquer (jeux de rôle par exemple) l'établissement de limites sur le plan de la sexualité, la négociation de l'usage du condom et autres aptitudes de communication pour que les étudiants ne restent pas passifs mais participent activement.
10.	Intégrer des outils appropriés efficaces permettant l'évaluation des forces et faiblesses du programme dans le but d'améliorer les programmes ultérieurs.

10. Quel est l'impact de mettre des condoms à la disposition des adolescents?

Des études ont clairement et régulièrement démontré que le fait de mettre des condoms à la disposition des jeunes n'a pas pour conséquence des activités sexuelles plus précoces ou plus fréquentes. Les mêmes études ont aussi démontré que les programmes de distribution de condoms sont susceptibles d'augmenter de façon considérable l'usage de condom chez les adolescents actifs sexuellement (Blake, Ledsky, Goodnow, et al., 2003, Guttmacher et al., 1997 et Schuster, Bell, Berry & Kanouse, 1998). Ainsi Blake et al. (2003), dans leur étude des écoles secondaires du Massachusetts, ont constaté que les étudiants inscrits dans des écoles avec programmes de distribution de condoms n'étaient pas plus susceptibles de dire s'ils

avaient eu des relations sexuelles mais que les étudiants sexuellement actifs d'écoles avec programmes de distribution de condoms étaient plus susceptibles d'avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle que les étudiants sexuellement actifs d'écoles sans programmes de distribution de condoms (72 % contre 56 %). Cette constatation va dans le même sens que d'autres études sur les programmes de distribution de condoms en milieu scolaire. De plus, ces programmes qui réussissent à augmenter l'usage du condom chez les populations à risque de contracter des ITS ont prouvé, lors d'analyses coût-bénéfices, qu'ils permettaient de réduire les coûts médicaux associés aux ITS (Bedimo, et al., 2002).

considérablement le risque de transmission de la chlamydie et de la gonorrhée (Gallo, Steiner, Warner, et al., 2007; Paz-Bailey, Koumans, Sternberg, et al., 2005; Warner, Stone, Macaluso, et al., 2006), de l'herpès (VHS-2) (Wald, Langenberg, Krantz, et al., 2005) et de virus du papillome humain (VPH) (Winer, Hughes, Feng et al., 2006).

En résumé, des preuves solides et concluantes indiquent que l'usage systématique du condom réduit considérablement le risque de contracter des infections

transmises sexuellement. Les éducateurs en santé sexuelle ont le devoir d'informer les jeunes actifs sexuellement, ou qui le deviendront, des avantages à utiliser le condom et de souligner que comme avec n'importe quel outil de prévention, les condoms ne sont efficaces que si l'on s'en sert. Il est essentiel de les utiliser systématiquement et correctement pour une réduction optimale des risques (Steiner & Cates, 2006, p. 2642).

11. Les condoms sont-ils efficaces pour prévenir le VIH et les autres ITS?

Selon l'Agence de la santé publique (2002), « Utilisé à chaque relation et de façon adéquate, le condom protège contre la possibilité de contracter ou de transmettre une ou des ITS, y compris le VIH » (p. 1), et les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* (Agence de la santé publique du Canada, 2006) indiquent que les professionnels de la santé clinique et publique, y compris les médecins et infirmières, devraient fortement recommander l'usage systématique du condom afin de prévenir les ITS chez les personnes à risque (p. 387-391). L'importance d'utiliser le condom pour prévenir les ITS est aussi préconisée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2000) : « Le préservatif est la seule méthode contraceptive dont il est prouvé qu'elle réduit le risque de toute infection sexuellement transmissible, y compris l'infection à VIH » (p. 1).

Selon les U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2008), « Des études menées en laboratoire ont démontré que les condoms en latex forment une barrière essentiellement imperméable aux particules de la taille du VIH » (p. 2-3) et que « les condoms de latex, lorsque utilisés systématiquement et correctement, sont très efficaces pour prévenir la

transmission sexuelle du VIH » (p. 2). Une étude en laboratoire effectuée par le U.S. Food and Drug Administration a estimé que l'utilisation du condom divise par 10 000 l'exposition au VIH dans des conditions de test extrêmes peu probables (efficacité dans les pires conditions) (Carey et al., 1992). L'efficacité des condoms de latex pour prévenir la transmission du VIH a également été démontrée dans des études d'utilisation réelle du condom. De Vincenzi (1994) a ainsi suivi 256 hommes et femmes infectés par le VIH ainsi que leur partenaire hétérosexuel séronégatif. Durant l'étude, 124 couples ont systématiquement utilisé le condom et ont eu des relations protégées environ 15 000 fois. Parmi ces couples utilisant systématiquement un condom, 0 % des partenaires séronégatifs ont été infectés par le VIH. En se servant d'une base de données des révisions systématiques de Cochrane analysant l'efficacité des condoms dans la réduction de la transmission hétérosexuelle du VIH, Weller et Davis (2002) ont conclu que l'usage systématique du condom réduisait de 80 % l'incidence des infections par le VIH.

De solides éléments de preuve indiquent que l'usage systématique du condom réduit

12. L'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire devrait-elle parler de la diversité sexuelle?

Les données disponibles sur l'orientation sexuelle chez les jeunes Canadiens (Boyce et al., 2003; McCreary Centre Society, 2007) indiquent que la plupart des salles de classe au Canada compteraient au moins un jeune, et parfois plus, qui n'est pas hétérosexuel. Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2008) de l'Agence de la santé publique du Canada suggèrent que les programmes d'éducation abordent les besoins en matière de santé sexuelle de tous les étudiants, y compris des gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres ou en questionnement. De plus, les Lignes directrices ajoutent qu'une compréhension des questions de diversité sexuelle est une composante importante de l'éducation en matière de santé sexuelle.

Des enquêtes effectuées auprès de parents canadiens indiquent que la majorité veut que les programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire parlent de l'orientation sexuelle (Comité consultatif du planning familial, 2008; Langille, Langille, Beazley & Doncaster, 1996; McKay, Pietrusiak & Holowaty, 1998; Weaver, Byers, Sears, Cohen & Randall, 2002). Weaver et al., (2002) a par exemple constaté, dans une étude faite auprès de parents du Nouveau-Brunswick, que plus de 80 % d'entre eux étaient d'accord pour que le thème de « l'homosexualité » fasse partie du cours sur la santé sexuelle. Dans une étude sur l'efficacité de l'éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles de la Colombie-Britannique (Options for Health, 2004), les parents, les étudiants, les éducateurs et les professionnels de la santé publique reconnaissent

que le cours sur la santé sexuelle ne répondait souvent pas aux besoins des étudiants ayant des orientations sexuelles diverses et que la diversité sexuelle méritait davantage d'attention.

Il est reconnu qu'un milieu scolaire positif non menaçant est un des facteurs de protection qui peut potentiellement réduire chez les jeunes le risque de conséquences négatives sociales ou sur la santé (Saewyc, Homma & Skay, 2009). Des résultats préliminaires (Egale, 2008) tirés d'une enquête nationale sur l'homophobie dans les écoles canadiennes indiquent toutefois que plus des deux tiers des jeunes lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et en questionnement ne se sentaient pas en sécurité à l'école. Plus de la moitié de ces

étudiants ont déclaré avoir été victimes de harcèlement verbal et plus du quart ont affirmé avoir été harcelés physiquement en raison de leur orientation sexuelle. L'inclusion de la diversité sexuelle dans le cours de santé sexuelle peut favoriser la compréhension et le respect entre étudiants et aider à créer ce à quoi tout étudiant a droit : un milieu sécuritaire et positif. (Pour plus de renseignements sur la diversité sexuelle et les besoins des jeunes LGBTQ en matière d'éducation, voir l'Agence de la santé publique du Canada, 2008)

« *L'inclusion des questions de diversité sexuelle dans le cours de santé sexuelle peut favoriser la compréhension et le respect entre étudiants et aider à créer (...) un milieu sécuritaire et positif.* »

13. L'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire devrait-elle parler de la contraception d'urgence?

Offrir de l'information exacte sur la contraception permet aux jeunes de faire des choix éclairés sur le plan de leur santé sexuelle ou reproductive. En ce qui concerne la contraception d'urgence, il est important de bien expliquer le fonctionnement des méthodes, quand on peut y avoir recours afin de maximiser leur efficacité et où se la procurer. La contraception d'urgence est utilisée en Amérique du Nord depuis plus de deux décennies et s'est révélée très efficace lorsqu'elle est utilisée correctement (Pancham & Dunn, 2007). Elle peut se présenter sous forme de contraceptif hormonal par voie orale (anovulant d'urgence ou AU) ou de dispositif intra-utérin (DIU ou stérilet) en cuivre à insérer après un rapport sexuel. L'AU peut être pris dans les 72 heures suivant un rapport sexuel non protégé et le DIU peut être posé jusqu'à 120 heures après un rapport non protégé. Les deux méthodes ne sont pas considérées comme des formes d'avortement puisqu'elles préviennent l'implantation de l'ovule et sont inefficaces si l'implantation s'est produite (Société canadienne de pédiatrie, 2003).

Au Canada, l'AU est disponible sans ordonnance auprès d'un pharmacien autorisé. Les mineures n'ont

pas besoin de la permission de leurs parents ou tuteurs pour obtenir un AU. Les pharmaciens doivent donner aux utilisatrices éventuelles des renseignements sur le médicament, son fonctionnement et ses effets secondaires potentiels. Les pharmaciens ne peuvent refuser de donner l'AU à une mineure que s'ils ont un doute raisonnable quant à sa capacité de comprendre l'information donnée. La pose d'un DIU après un rapport sexuel doit être faite dans un milieu médical. Au Canada, l'âge de consentement pour un traitement médical varie d'une province ou territoire à l'autre. La notion de « mineur mûr » est appliquée au cas par cas (Rozovsky, 2004). Dans les provinces qui n'ont pas légiféré l'âge de consentement pour traitement médical, la notion de « mineur mûr » prévaut dans tous les cas. Cela signifie qu'une mineure peut se faire poser un DIU si le professionnel de la santé croit que les renseignements donnés sur le traitement, y compris sur ses risques et conséquences, ont bien été compris par la patiente (Pour plus de renseignements sur l'AU, voir Pancham & Dunn, 2007). On devrait mettre au courant les jeunes de toute loi provinciale ou territoriale qui pourrait avoir une incidence sur leur accès aux services de santé sexuelle.

14. Comment l'éducation en matière de santé sexuelle devrait-elle parler des nouvelles lois relatives à l'âge de consentement?

La notion d'âge de consentement fait référence à l'âge auquel les personnes sont capables de prendre leurs propres décisions en matière de sexualité. Au Canada, l'âge de consentement est passé de 14 à 16 ans en 2008 (Pour un résumé du contenu de la législation et un débat sur ses incidences, voir Wong, 2006). Une éducation efficace en matière de santé sexuelle devrait bien faire comprendre aux étudiants comment la loi interprète la notion d'âge de consentement. Les éducateurs devraient faire prendre conscience aux jeunes que la nouvelle législation veut cibler les prédateurs sexuels adultes et non pas les jeunes eux-mêmes, et que la nouvelle législation ne changera en rien le droit des jeunes d'accéder à l'éducation en matière de santé sexuelle ou aux services de santé sexuelle et reproductive. Une disposition pour membres d'un même groupe de cinq ans permet aux

jeunes âgés de 14 ou 15 ans d'avoir des rapports sexuels avec des partenaires n'ayant pas plus de 5 ans qu'eux. De plus, les jeunes de 12 et 13 ans peuvent avoir des rapports sexuels consentis avec d'autres jeunes n'ayant pas plus de deux ans qu'eux. Certaines pratiques sexuelles sont interdites aux moins de 18 ans. Le Code criminel du Canada stipule que les personnes de moins de 18 ans ne peuvent avoir de relations anales sauf si elles sont légalement mariées. Une personne de moins de 18 ans ne peut pas légalement consentir à avoir des relations sexuelles avec une personne en position d'autorité comme un enseignant, un professionnel de la santé, un entraîneur, un avocat ou un membre de la famille. Les personnes de moins de 18 ans ne peuvent pas légalement consentir à entreprendre des activités sexuelles liées à la prostitution et à la pornographie.

15. Quels sont les avantages sociaux et économiques de la mise en place des programmes d'éducation générale en matière de santé sexuelle dans les écoles?

« La santé sexuelle est un aspect important et positif de la santé personnelle et d'un mode de vie sain. » (Agence de la santé publique du Canada, p. 9). Les principaux objectifs de l'éducation en matière de santé sexuelle sont de fournir aux personnes l'information, la motivation et les habiletés comportementales nécessaires pour éviter des résultats négatifs sur le plan de la santé sexuelle et pour l'améliorer. On croit de plus en plus que chez l'individu, le couple et la famille, atteindre la santé sexuelle et la maintenir constitue un élément important du bien-être général de la collectivité (Association mondiale pour la santé sexuelle, 2008). Une éducation générale en matière de santé sexuelle en milieu scolaire peut aider considérablement à la santé et au bien-être de la collectivité.

Il est aussi important de reconnaître que négliger d'offrir des programmes d'éducation générale en matière de santé sexuelle peut avoir des répercussions sociales et économiques lourdes de conséquences. Par exemple une chlamydie (ITS courante chez les adolescents et les jeunes adultes canadiens) non traitée peut causer de graves troubles médicaux dont, l'atteinte inflammatoire pelvienne (AID) et l'infertilité, des douleurs pelviennes chroniques et des grossesses ectopiques (Agence de la santé publique du Canada, 2006). On a estimé que les coûts occasionnés par ces problèmes de santé s'élèvent à environ 1 942 \$ par patiente pour le traitement de l'atteinte inflammatoire pelvienne, 6 469 \$ pour les grossesses ectopiques, 324 \$ pour les douleurs pelviennes chroniques et 12 169 \$ pour les coûts pendant une vie de traitements contre l'infertilité (Goeree, Jang, Blackhouse et al., 2001). Selon les estimations de Goeree et Gully (1993), en 1990 le coût total de la chlamydie et de ses séquelles s'élevait à 89 millions \$ environ et le coût total de la gonorrhée et de ses séquelles à 54 millions \$ environ. Puisque le nombre d'infections diagnostiquées chaque année a considérablement augmenté depuis 1990 (Agence de la santé publique du Canada, 2009), le coût total lié à ces infections aura aussi augmenté. Des études américaines sur les dépenses de santé moyennes occasionnées sur une vie par l'atteinte inflammatoire pelvienne démontrent encore une fois

le fardeau économique des ITS (Yeh, Hook & Goldie, 2003). Une analyse de la documentation sur le nombre annuel de cas d'ITS chez les jeunes aux États-Unis et des coûts médicaux qu'elles occasionnent indique que le fardeau économique des ITS chez les jeunes est de 6,5 milliards \$ par an (Chesson, Blandford, Gift, Tao & Irwin, 2004). On estime que les dépenses de santé découlant directement du VIH et des ITS aux États-Unis atteignent entre 12 et 20 milliards \$ par an pour l'ensemble de la population (Chesson, Collins & Koski, 2008). On a estimé qu'au Canada, les coûts directs et indirects du VIH et du sida dépassent à chaque année les 2 milliards \$ (Dodds, Coleman, Amaratunga & Wilson, 2001).

Les conséquences socioéconomiques de la grossesse, de la maternité et de la paternité chez les adolescents sont complexes et ne se prêtent pas aisément à des conclusions de cause à effet simplistes (pour une analyse de cette documentation, voir Meilleur départ, 2007; 2008; Bissell, 2000). Il est toutefois permis de penser que, spécialement chez les très jeunes adolescentes, une grossesse non désirée et la maternité peuvent avoir des conséquences sociales et économiques qui affecteront la jeune femme, sa famille et la communauté.

Comme on peut le lire dans cette publication, des preuves solides indiquent que des programmes d'éducation générale en matière de santé sexuelle bien conçus peuvent considérablement réduire les comportements à risque chez les jeunes et, par conséquent, présenter des avantages économiques et sociaux importants pour la société canadienne. La documentation disponible sur les coûts directs et les avantages économiques des interventions en milieu scolaire faisant la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes semble indiquer que ce type de programmes n'est pas seulement rentable mais qu'il permet également de réaliser de considérables économies de coûts. (Burststein & Cohen, 2002; Wang, Davis, Robin, et al., 2000).

« Une éducation générale en matière de santé sexuelle en milieu scolaire peut aider considérablement à la santé et au bien-être de la collectivité. »

16. Comment les Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle peuvent-elles aider à mettre en place et à maintenir des programmes de santé sexuelle de qualité élevée en milieu scolaire?

« Les Lignes directrices s'appuient sur des recherches reposant sur des données probantes qui sont transposées dans un contexte canadien. Elles donnent aux planificateurs des plans d'études et des programmes d'éducation, aux éducateurs et aux décideurs, des directions claires en vue de la planification, de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation de programmes d'éducation en matière de santé sexuelle efficaces. »

Les Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle (Agence de la santé publique du Canada, 2008) sont conçues pour guider et unifier les professionnels actifs dans les milieux où est prodiguée l'éducation en matière de santé sexuelle. Les Lignes directrices s'appuient sur des recherches reposant sur des données probantes qui sont transposées dans un contexte canadien. Elles donnent aux planificateurs des plans d'études et des programmes d'éducation, aux éducateurs et aux décideurs des directions claires en vue de la planification, de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation de programmes d'éducation en matière de santé sexuelle efficaces.

Lors de l'étape de la planification par exemple, les Lignes directrices peuvent servir à favoriser des discussions avec des parents et d'autres parties intéressées sur la raison d'être et la philosophie de l'éducation sexuelle en milieu scolaire. Les Lignes directrices comprennent une liste de contrôle servant à évaluer les programmes existants en fonction de leur philosophie, leur accessibilité, leur exhaustivité, l'efficacité de leurs approches et méthodes, le soutien administratif et la formation dont ils bénéficient et le développement social, de planification, d'évaluation et de mise à jour.

Les Lignes directrices suggèrent aux planificateurs de programmes un processus de base en trois étapes :

Évaluation des besoins

- Évaluer les besoins de la population cible en matière de santé sexuelle

Intervention

- Élaborer et mettre en application des programmes pertinents d'éducation en matière de santé sexuelle

Évaluation de l'efficacité

- Mesurer l'efficacité du programme et déterminer les domaines qui doivent être modifiés

Aux étapes de conception et de déploiement des programmes, les Lignes directrices fournissent un cadre permettant l'élaboration de programmes efficaces basés sur le modèle information-motivation-habiletés comportementales (IMHC) (Fisher & Fisher, 1998) visant l'amélioration de la santé sexuelle et la prévention de problèmes. Les Lignes directrices précisent que, pour être efficace, l'éducation en matière de santé sexuelle doit intégrer quatre composantes clés : l'acquisition de connaissances, l'acquisition de la motivation et du discernement, l'acquisition de compétences et la création d'un milieu favorable à la santé sexuelle.

En résumé, avec les Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle, on dispose d'un guide clair, d'utilisation facile, basé sur des données probantes, et visant la planification, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de l'éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles du Canada. Les Lignes directrices sont disponibles en ligne à l'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/index-fra.php>)

Toute correspondance relative à ce document devrait être adressée à
Alexander McKay, Ph.D., Coordonnateur de recherche
Sex Information and Education Council of Canada (SIECCAN)
Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada
850, avenue Coxwell, Toronto (ON) M4C 5R1
Courriel : alex@sieccan.org site web : www.sieccan.org

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. (Disponible en anglais seulement)
- Albarracin, D., Gillette, J.C., Earl, A. et al. (2005). A test of the 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*, 31, 856-897. (Disponible en anglais seulement)
- Bedimo, A.L., Pinkerton, S.D., Cohen, D.A., Gray, B., & Farley, T.A. (2002). Condom distribution: a cost-utility analysis. *International Journal of STD and AIDS*, 13, 384-392. (Disponible en anglais seulement)
- Best Start. (2007). *Update report on teen pregnancy prevention*. Toronto, ON: Best Start: Ontario's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Centre. (Disponible en anglais seulement)
- Best Start. (2008). *Teen pregnancy prevention: Exploring out-of-school approaches*. Toronto, ON: Best Start: Ontario's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Centre. (Disponible en anglais seulement)
- Bissell, M. (2000). Socio-economic outcomes of teen pregnancy and parenthood: A review of the literature. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 9, 1919-204. (Disponible en anglais seulement)
- Blake, S.M., Ledsky, R., Goodenow, C., et al. (2003). Condom availability programs in Massachusetts high schools: Relationships with condom use and sexual behavior. *American Journal of Public Health*, 93, 955-962. (Disponible en anglais seulement)
- Boyce, W., Doherty, M., Fortin, C., & MacKinnon, D. (2003). *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada: facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements*. Conseil des ministres de l'Éducation, Canada.
- Byers, E.S., Sears, H.A., Voyer, S.D., et al. (2003a). An adolescent perspective on sexual health education at school and at home: I. High school students. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12, 1-17. (Disponible en anglais seulement)
- Byers, E.S., Sears, H.A., Voyer, S.D., et al. (2003b). An adolescent perspective on sexual health education at school and at home: II. Middle school students. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12, 19-33. (Disponible en anglais seulement)
- Société canadienne de pédiatrie. (2003). *La contraception d'urgence : Document de principes*. <http://www.cps.ca/Francais/enonces/AM/AH10-02.pdf>
- CDC. (2008). *2008 Compendium of evidence-based prevention interventions*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/HIV/topics/research/prs/print/evidence-based-interventions.htm> (Disponible en anglais seulement)
- Chesson, H.W., Blandford, J.M., Gift, T.L., Tao, G., & Irwin, K.I. (2004). The estimated direct medical cost of sexually transmitted diseases among American youth, 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36, 11-19. (Disponible en anglais seulement)
- Chesson, H.W., Collins, D., & Koski, K. (2008). Formulas for estimating the costs averted by sexually transmitted infection (STI) prevention programs in the United States. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 6, 10, (online). (Disponible en anglais seulement)
- Dodds, C., Coleman, R., Amaratunga, C., and Wilson, J. (2001). The cost of HIV/AIDS in Canada. *GPIAtlantic*. <http://gpiatlantic.org/pdf/health/costofaids.pdf> (Disponible en anglais seulement)
- Egale Canada. (2008). *Backgrounder: Egale Canada first national survey on homophobia in Canadian schools: Phase one results*. <http://www.egale.ca/extra/1393-Homophobia-Backgrounder.pdf> (Disponible en anglais seulement)

- 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. (Disponible en anglais seulement)
- Frappier, J.-Y., Kaufman, M., Baltzer, F. et al. (2008). Sex and sexual health: A survey of Canadian youth and mothers. *Pediatric and Child Health*, 13, 25-30. (Disponible en anglais seulement)
- Gallo, M.F., Steiner, M.J., Warner, L. et al. (2007). Self-reported condom use is associated with reduced risk of Chlamydia, gonorrhoea and trichomoniasis. *Sexually Transmitted Diseases*, 34, 829-833. (Disponible en anglais seulement)
- Goeree R., Gully P. (1993). *Fardeau que représentent la Chlamydia trachomatis et la Neisseria gonorrhoeae au Canada. Dans : Prévention de l'infertilité*, collection d'études de la Commission royale sur les nouvelles technologies de reproduction, vol 8. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services, Canada.
- Goeree, R., Jang, D., Blackhouse, G. et al. (2001). Cost-effectiveness of screening swab or urine specimens for Chlamydia trachomatis from young Canadian women in Ontario. *Sexually Transmitted Diseases*, 28, 701-709. (Disponible en anglais seulement)
- Guttmacher, S., et al. (1997). Condom availability in New York City public schools: Relationships to condom use and sexual behavior. *American Journal of Public Health*, 87, 1427-1433. (Disponible en anglais seulement)
- Hauser, D. (2004). *Five years of abstinence-only-until-marriage education*. Washington, DC: Advocates for Youth, 2004. (Disponible en anglais seulement)
- Santé Canada. (2003). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2e éd.). Ottawa (ON) : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.
- Kirby, D., Laris, B.A. & Roller, L. (2005). *Impact of sex and hiv education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. (Disponible en anglais seulement)
- Kirby, D., Laris, B.A., & Roller, L. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40, 206-217. (Disponible en anglais seulement)
- Kohler, P.K., Manhart, L.E., & Lafferty, W.E. (2008). Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42, 344-351. (Disponible en anglais seulement)
- Langille, D.B., Langille, D.J., Beazley, R., & Doncaster, H. (1996). *Amberst parents' attitudes towards school-based sexual health education*. Halifax, NS: Dalhousie University. (Disponible en anglais seulement)
- Maticka-Tyndale, E. (2008). Sexuality and sexual health of Canadian adolescents: Yesterday, today and tomorrow. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 17, 85-95. (Disponible en anglais seulement)
- McCreary Centre Society. (2007). *Not yet equal: The health of lesbian, gay, & bisexual youth in BC*. Vancouver, BC: McCreary Centre Society. (Disponible en anglais seulement)
- McKay, A., & Holowaty, P. (1997). Sexual health education: A study of adolescents' opinions, self-perceived needs, and current and preferred sources of information. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 6, 29-38. (Disponible en anglais seulement)
- McKay, A., Pietrusiak, M.A., & Holowaty, P. (1998). Parents' opinions and attitudes towards sexuality education in the schools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 6, 29-38. (Disponible en anglais seulement)

- McKay, A. (2006). Trends in teen pregnancy in Canada with comparisons to U.S.A. and England/Wales. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 15, 157-162. (Disponible en anglais seulement)
- McKay, A., & Barrett, M. (2008). Rising reported rates of Chlamydia among young women in Canada: What do they tell us about trends in the actual prevalence of the infection? *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 17, 61-69. (Disponible en anglais seulement)
- Options for Sexual Health. (2004). *An assessment of the effectiveness of sexual health education in BC schools*. Vancouver, BC: Options for Sexual Health. (Disponible en anglais seulement)
- Ott, M.A., & Santelli, J.S. (2007). Abstinence and abstinence-only education. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 19, 446-452. (Disponible en anglais seulement)
- Pancham, A., & Dunn, S. (2007). Emergency contraception in Canada: An overview and recent developments. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 16, 129-133. (Disponible en anglais seulement)
- Paz-Bailey, G., Koumans, E., & Sternberg, M. et al. (2005). The effect of correct and consistent condom use on chlamydial and gonococcal infection among urban adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 159, 536-542. (Disponible en anglais seulement)
- Agence de santé publique du Canada. (2006). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. Édition 2006. Ottawa (ON) : Agence de santé publique du Canada.
- Agence de santé publique du Canada. (2008). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* (3e éd.). Ottawa (ON) : Agence de santé publique du Canada.
- Agence de santé publique du Canada. (2009). *Bref rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2006*. Surveillance & Épidémiologie sur les hépatite C & les infections transmises sexuellement, Agence de santé publique du Canada.
- Richardson, E., Sellors, J.W., Mackinnon, S. et al. (2003). Prevalence of Chlamydia trachomatis infections and specimen collection preference among women, using self-collected vaginal swabs in community settings. *Sexually Transmitted Diseases*, 30, 880-885. (Disponible en anglais seulement)
- Rotermann, M. (2005). Sex, condoms, and STDs among young people. *Health Reports*, 16, 39-45. (Disponible en anglais seulement)
- Rotermann, M. (2008). Trends in teen sexual behaviour and condom use. *Health Reports*, 19, 1-5. (Disponible en anglais seulement)
- Rozovsky, F. (2004). *Canadian law of consent to treatment*. (3rd ed.). Toronto, ON: Butterworths of Canada. (Disponible en anglais seulement)
- Saewyc, E., Taylor, D., Homma, Y., & Ogilvie, G. (2008). Trends in sexual health and risk behaviours among adolescent students in British Columbia. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 17, 1-14. (Disponible en anglais seulement)
- Saewyc, E., Homma, Y., Skay, C. et al. (2009). Protective factors in the lives of bisexual adolescents in North America. *American Journal of Public Health*, 99, 110-117. (Disponible en anglais seulement)
- Schuster, M., Bell, R., Berry, S., & Kanouse, D. (1998). Impact of a high school condom availability program on sexual attitudes and behaviors. *Family Planning Perspectives*, 30, 67-72. (Disponible en anglais seulement)
- Shields, S., Wong, T., Mann, J. et al. (2004). Prevalence and correlates of Chlamydia infection in Canadian street youth. *Journal of Adolescent Health*, 34, 384-390. (Disponible en anglais seulement)

- 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, 374-384. (Disponible en anglais seulement)
- 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, 601-605.
- Statistique Canada. (2009). Tableau 106-9002 – Issues de la grossesse, selon le groupe d’âge, Canada, provinces et territoires, annuel, CANSIM (base de données). http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=FCII/&C2DB=PRD&ArrayId=1069002&Array_Pick=1&Detail=1&ResultTemplate=CII/CII___
- Steiner, M.J., & Cates, W. (2006). Condoms and sexually transmitted infections. *The New England Journal of Medicine*, 354, 2642-2643. (Disponible en anglais seulement)
- Trenholm, C., Devaney, B., Fortson, K. et al. (2007). *Impacts of four Title V, Section 510 abstinence education programs, final report*. Mathematica Policy Research, Inc. Submitted to: U.S. Department of Health and Human Services. <http://aspe.hhs.gov/hsp/abstinence07/> (Disponible en anglais seulement)
- Wald, A., Langenberg, A., Krantz, E. et al. (2005). The relationship between condom use and herpes simplex virus infection. *Annals of Internal Medicine*, 143, 707-713. (Disponible en anglais seulement)
- Wang, L.Y., Davis, M., Robin, L. et al. (2000). Economic evaluation of Safer Choices: A school-based human immunodeficiency virus, other sexually transmitted diseases, and pregnancy prevention program. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 1017-1024. (Disponible en anglais seulement)
- Wang, L.Y., Burstein, G.R., & Cohen, D.A. (2002). An economic evaluation of a school-based sexually transmitted disease screening program. *Sexually Transmitted Diseases*, 29, 737-745. (Disponible en anglais seulement)
- Warner, L., Stone, K.M., Macaluso, M. et al. (2006). Condom use and risk of gonorrhea and Chlamydia: a systematic review of design and measurement factors assessed in epidemiologic studies. *Sexually Transmitted Diseases*, 33, 36-51. (Disponible en anglais seulement)
- 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. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 11, 19-31. (Disponible en anglais seulement)
- Winer, R.L., Hughes, J.P., Feng, Q. et al. (2006). Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *The New England Journal of Medicine*, 354, 2645-2654. (Disponible en anglais seulement)
- Wong, J.P. (2006). Age of consent to sexual activity in Canada: Background to proposed new legislation on “age of protection”. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 15, 163-169. (Disponible en anglais seulement)
- World Association for Sexual Health. (2008). *Sexual health for the millennium: A declaration and technical document*. Minneapolis, MN: World Association for Sexology. (Disponible en anglais seulement)
- Yeh, J.M., Hook, E.W., & Goldie, S.J. (2003). A refined estimate of the average lifetime cost of pelvic inflammatory disease. *Sexually Transmitted Diseases*, 30, 369-378. (Disponible en anglais seulement)