

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)

Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada

Facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements

Le présent rapport expose les conclusions d'une étude coordonnée par le Conseil des ministres de l'Éducation (Canada) [CMEC] et financée par la Stratégie canadienne sur le VIH/sida de Santé Canada.



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

Canadian
Strategy on
HIV/AIDS

Les opinions exprimées dans ces pages ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de Santé Canada, du Conseil des ministres de l'Éducation (Canada) ou d'une autre agence ou institution ayant participé à la recherche.

Conseil des ministres de l'Éducation (Canada)
95, av. St. Clair Avenue Ouest, bureau 1106
Toronto (Ontario)
Canada
M4V 1N6
Téléphone: (416) 962-8100
Télécopieur: (416) 962-2800
Courriel: cmec@cmec.ca

© 2003 Council of Ministers of Education, Canada

ISBN 0-88987-150-7
Imprimé sur papier recyclé.

Chercheurs et chercheuse

William Boyce (Ph.D.), Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's

Maryanne Doherty (Ph.D.), Faculté d'éducation, University of Alberta

Christian Fortin (M.D., M.P.H.), Université Laval, Centre hospitalier universitaire de Québec

David MacKinnon (Ph.D.), École d'éducation, Université Acadia

Remerciements

Le présent rapport expose les conclusions d'une étude coordonnée par le Conseil des ministres de l'Éducation (Canada) [CMEC] et financée par la Stratégie canadienne sur le VIH/sida de Santé Canada.

Quatre chercheurs ont dirigé l'étude, assumant la conceptualisation et la planification, l'élaboration des questionnaires, le recrutement des écoles, la conduite du sondage, l'analyse des résultats et la préparation du présent rapport, en consultation avec le personnel de Santé Canada et un coordonnateur engagé par le CMEC.

Des représentants des ministères de la Santé et de l'Éducation des provinces et des territoires ont été consultés quant à l'objet de l'étude.

Des élèves, des parents, des enseignantes et des enseignants ainsi que des travailleuses et des travailleurs communautaires spécialisés dans la lutte contre le VIH et le sida, réunis en un comité consultatif, ont donné leur avis sur les sujets à inclure dans le questionnaire et l'interprétation des résultats.

Le Groupe d'évaluation des programmes sociaux de l'Université Queen's, à Kingston, a veillé à la gestion et à l'analyse des données, saisies par de nombreux étudiants de l'établissement.

Des analyses documentaires avaient été commandées en vue de l'étude et de l'analyse des résultats.

Les aspects administratifs et financiers de l'étude étaient sous la responsabilité du personnel et d'un gestionnaire de projet du CMEC.

Le CMEC, Santé Canada et tous les membres de l'équipe de projet tiennent à remercier particulièrement les élèves, les parents, les enseignantes et les enseignants ainsi que les directrices et les directeurs d'écoles qui ont accepté de participer à l'étude.

Composition de l'équipe de projet :

Chercheurs et chercheuse

William Boyce (Ph.D.), Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's

Maryanne Doherty (Ph.D.), Faculté d'éducation, University of Alberta

Christian Fortin (M.D., M.P.H.), Université Laval, Centre hospitalier universitaire de Québec

David McKinnon (Ph.D.), École d'éducation, Université Acadia

Comité consultatif

Ipsita Bannerjee

Allison Cope

Bev Hontington

Sandi Price

Stéphane Proulx

Bill Ryan (Ph.D.)

Jonathan Schacter

Gestionnaires du projet

Helen Connop, Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's

Hana Saab, Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's

Coordonnateurs régionaux

Gail Campbell	Diane Conrad
Merle MacDonald	Maria Mayan (Ph.D.)
Nathalie Simard	Julia Stanbridge

Coordonnateur du projet

Douglas McCall, Shannon & McCall Consulting Ltd.

Gestion et analyse des données

Mathew King, Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's
Xin Ma (Ph.D.), Faculté d'éducation, University of Alberta
Angela Severson, Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's

Saisie de données (étudiantes et étudiants)

Christine Bevan	Keanan Hunt
Sharene Gaitor	Ta Kim Mai
Fathi Mojgan	Angela Prest
Briar Wells	Morgan Wells

Étude documentaire

Helen Connop
Joyce Radford

Analyse des données

Natasha Jategaonkar	Mark Lee
Brenda Munro	Hana Saab

Personnel de Santé Canada

Julia Martin	Patti Murphy
Amrita Paul	Shane Rhodes
Kheng Tan	

Personnel du CMEC

Colin Bailey	Boyd Pelley
Nicole Rocha	

Table des matières

Sommaire	1
Chapitre 1 – Introduction à l'étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada	5
A. Aperçu	5
B. Concepts et définitions en matière de santé sexuelle	6
C. Le fondement de l'EJSSVS	6
D. Cadre conceptuel	8
E. Méthode de recherche	8
Instruments d'enquête.....	9
Échantillonnage et recrutement	9
Taille de l'échantillon.....	11
F. Rapport sur l'EJSSVS 2002	12
Références	13
Chapitre 2 – Déterminants de la santé sexuelle	15
A. Introduction	15
B. Déterminants sociodémographiques	15
C. Expériences scolaires	25
D. Habilité d'adaptation et estime de soi	30
E. Comportements dangereux	36
F. Comportements dangereux pour la santé	39
G. Structure et relations familiales	44
H. Les camarades	49
I. Services de santé et services d'éducation	52
Sommaire	57
Références	58
Chapitre 3 – Sexualité et santé sexuelle	61
A. Introduction	61
B. Connaissance du VIH et du sida et d'autres ITS	62
Connaissance des mécanismes de prévention et des moyens de prévention.....	62
Connaissance du diagnostic et du traitement.....	64
Connaissance des ITS ainsi que du VIH et du sida.....	65
Scores relatifs au connaissances	73
Sources d'information et scores relatifs au connaissances.....	74
Heures de cours et scores relatifs au connaissances	77
C. Attitudes à l'égard de la santé sexuelle	79
Attitudes envers le VIH et le sida d'autres ITS	79
Attitudes envers la sexualité	80
Comparaison des attitudes entre 1989 et 2002.....	81
D. Comportement Sexuel	83
Activité sexuelle	83
Comparaison de l'activité sexuelle entre 1989 et 2002.....	85
Motifs d'abstinence	89
Motifs des relations sexuelles.....	91
Âge de l'initiation à la sexualité et nombre de partenaires	93

E.	Protection contre le VIH, le sida et autres ITS	95
	Mesures de contraception et de protection en usage.....	95
	Raisons de ne pas utiliser le condom	97
	Alcool ou drogues et relations sexuelles.....	98
	Grossesse	99
	Infections transmises sexuellement.....	100
	Attitudes envers l'usage du condom.....	103
	Orientation sexuelle et attitudes à l'égard du condom.....	105
	Protection contre le VIH et le sida.....	112
F.	Fréquentations et relations	113
	Dynamique des relations.....	116
	Fréquentations	122
G.	Déterminants de la santé sexuelle et activité sexuelle	125
	Relations avec les parents et activité sexuelle	125
	Incapacités et activité sexuelle	126
	Sentiment d'appartenance à l'école, activité scolaire et risques	128
	Influence des camarades et activité sexuell	131
	Estime de soi et activité sexuelle	132
	Alcool, drogues et usage du condom.....	139
	Comportements sexuels dangereux	139
	Sommaire	144
	Références	145
Chapitre 4 – Sommaire, conclusions et implications		147
A.	Sommaire	147
	Cadre conceptuel	147
	Déterminants de la santé	148
	Sexualité et santé sexuelle	148
B.	Conclusions	149
	Aspects encourageants.....	149
	Préoccupations	151
C.	Implications	153
	Introduction	153
	Responsables des décisions et de l'application	153
	Personnel enseignant, programmes d'études et intervention	153
	Professionnels de la santé et personnel connexe	154
	Recherche à venir.....	154
Annexe : Figures et tableaux		155

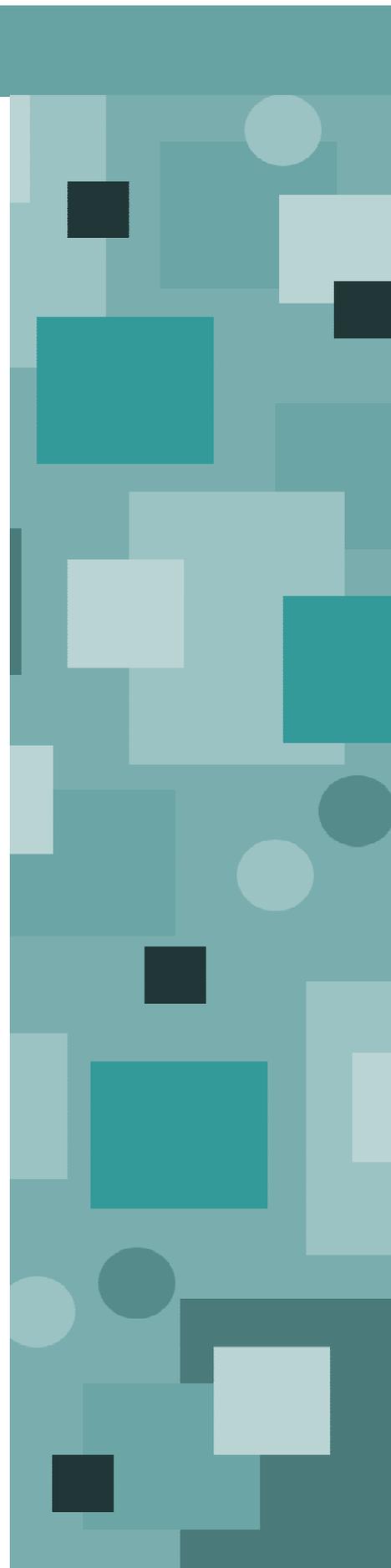
Sommaire

Depuis la publication de l'*Étude sur les jeunes Canadiens face au sida*, en 1989, aucune autre étude n'a porté précisément sur la santé sexuelle des adolescentes et des adolescents. L'*Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada* (EJSSVS), coordonnée par le Conseil des ministres de l'Éducation (Canada) et financée par la Stratégie canadienne sur le VIH/sida de Santé Canada, tente de combler cette lacune en brossant un portrait contemporain du comportement sexuel des adolescents et adolescentes. Plus précisément, elle a pour but d'améliorer notre compréhension des facteurs qui contribuent à la santé sexuelle des jeunes Canadiens et Canadiennes, en explorant les déterminants socioculturels, socio-environnementaux et interpersonnels du comportement sexuel des jeunes. L'étude a été conçue et effectuée par des chercheurs et chercheuses de quatre universités canadiennes : Acadia, Alberta, Laval, et Queen's.

Elle repose sur deux concepts relativement nouveaux, mis en avant par l'Organisation mondiale de la santé, soit la notion de *santé sexuelle* et la notion de *sexualité saine*, censés modeler une image holistique de l'être sexué, image qui intègre les aspects affectifs, somatiques, cognitifs et sociaux de la sexualité. Pour avoir une bonne santé sexuelle, il ne suffit pas d'éviter la maladie et les grossesses imprévues. La sexualité en soi est un concept large qui englobe les connaissances et les attitudes envers la sexualité et les maladies liées à la sexualité, les relations amoureuses, les expériences sexuelles et les gestes faits pour éviter les grossesses involontaires et les infections transmissibles sexuellement.

Le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit l'EJSSVS comporte trois volets : les déterminants psycho-socio-environnementaux, les variables associées à la sexualité et la santé sexuelle. La notion de *déterminant* de la santé sexuelle est axée sur des variables sociodémographiques déjà liées au comportement sexuel et à la santé sexuelle des adolescentes et des adolescents, notamment le revenu, l'occupation, l'éducation et la religiosité des parents, le sexe et l'existence d'incapacités. L'école est pour sa part une variable environnementale. Entrent également en jeu des caractéristiques personnelles, telles l'habileté d'adaptation et l'hygiène personnelle, et la dynamique familiale associée aux communications, à l'apprentissage par observation des parents et à la confiance. Les relations avec les camarades, enfin, ont aussi été liées à la santé sexuelle des adolescentes et des adolescents, tout comme la présence et la connaissance des services de santé et des services d'éducation.

Pour mieux comprendre comment ces déterminants influent sur la sexualité et la santé sexuelle des adolescentes et des adolescents à différentes étapes du développement, nous nous sommes adressés à des élèves de 7^e, 9^e et 11^e années ou 1^{re}, 3^e et 5^e secondaire (donc âgés d'environ 12, 14 et 16 ans) de toutes les provinces et de deux territoires, le Nunavut n'ayant pas participé. La sélection de ces groupes allait



permettre de comparer les résultats avec ceux de 1989 sur le chapitre des connaissances sur le VIH et le sida, des attitudes envers la sexualité et du comportement sexuel. Deux questionnaires ont été bâtis à l'aide d'une gamme de questions fermées et fondées sur des échelles existantes ainsi que de nouveaux items pour certains concepts. Ils comptent peu de questions ouvertes; les élèves pouvaient répondre à la majorité des questions en cochant l'une des réponses proposées.

Les questions destinées aux élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire étaient limitées sur le plan des expériences sexuelles, à la demande de nombreuses autorités scolaires. Les élèves de 9^e et 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire ont répondu fondamentalement aux mêmes questions, bien que celles-ci aient sondé plus avant le comportement sexuel et des comportements dangereux comme la consommation de drogues. Les questionnaires ont été traduits en français par des chercheurs francophones, puis retraduits en anglais, le tout pour que le sens des questions soit bien le même dans les deux langues officielles. Le sondage a été mis à l'essai en Ontario, en Nouvelle-Écosse, au Québec et en Alberta. Dans chacune de ces provinces, des coordonnatrices et des coordonnateurs ont choisi deux classes de 7^e, 9^e et 11^e années ou 1^{re}, 3^e et 5^e secondaire dans un district scolaire, pour un total de vingt-quatre classes.

Dans chaque école participante, les classes ont été choisies au moyen d'une méthode systématique d'échantillonnage stratifié en grappes à un degré. Les variables de stratification sont la désignation comme école publique ou catholique romaine, la langue d'enseignement, la taille de la communauté, l'emplacement géographique et la taille de l'école. Les questionnaires, en version finale, ont été distribués à tous les élèves de chaque classe choisie, par un enseignant ou une enseignante, à l'occasion d'un cours. Dans chaque cas, nous avons demandé le consentement actif des parents ou tuteurs. Le personnel enseignant disposait d'instructions détaillées sur le déroulement du sondage, et les élèves ont eux-mêmes placé leur questionnaire rempli dans une enveloppe qu'ils ont scellée pour assurer l'anonymat du processus.

L'objectif original de l'EJSSVS était d'obtenir des échantillons provinciaux et territoriaux de taille suffisante pour être représentatifs des élèves canadiens. Pour ce faire, il aurait fallu 1150 élèves par classe et par province, ce qui aurait donné au total au moins 33 000 répondants et répondantes. Malheureusement, cet objectif n'a pas été atteint dans toutes les provinces, étant donné la difficulté à obtenir le consentement des districts et des autorités scolaires. L'échantillon final comptait donc 3536 élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire, 3841 de 9^e année ou 3^e secondaire et 3697 de 11^e année ou 5^e secondaire, pour un total de 11 074. L'échantillon suffit tout de même à étudier les interrelations et à obtenir un intervalle de confiance de plus ou moins 4 p. 100 pour la plupart des questions.

Pour ce qui est de la santé sexuelle des adolescentes et adolescents, les résultats de l'étude sont mitigés. Il ne convient pas de les explorer en détail dans le présent sommaire, mais certains sont reproduits ci-dessous. Les chapitres 3 et 4 du rapport pancanadien fournissent des explications et un exposé détaillés.

Pour ce qui est de la santé sexuelle des adolescentes et adolescents, certains résultats positifs sont dignes de mention. Il semble par exemple que la plupart des élèves consomment rarement des drogues toxicomanogènes, estiment vivre dans une famille heureuse et désignent l'école comme une importante source d'information sur le VIH et le sida (en 9^e année ou 3^e secondaire surtout). Par ailleurs, les élèves étaient priés de répondre à des énoncés vérifiant leurs connaissances (huit pour les élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire et 18 pour les élèves de 9^e et 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire). En règle générale, les connaissances des élèves en matière de santé sexuelle augmentent en fonction de l'âge, de sorte qu'en 11^e année ou 5^e secondaire, la grande majorité (87 p. 100) répondent correctement à au moins huit des dix-huit énoncés. Pour ce qui est du comportement sexuel, la proportion des élèves qui ont des activités sexuelles est semblable à celle que donnait l'étude de 1989. Parmi les élèves sondés en 2002, 23 p. 100 des garçons et 19 p. 100 des filles de 9^e année ou 3^e secondaire disent avoir eu des rapports sexuels au moins une fois, contre 40 p. 100 des garçons et 46 p. 100 des filles de

11^e année ou 5^e secondaire. Fait à noter, les élèves – et surtout les garçons – interrogés en 2002 sont moins nombreux à dire qu'ils ont déjà eu des rapports sexuels. Les élèves qui n'avaient pas eu de rapports sexuels au moment du sondage attribuent généralement leur abstinence au fait de ne pas être prêts ou de ne pas avoir eu l'occasion. Les élèves sexuellement actifs évoquent la plupart du temps l'amour ou la curiosité et la volonté d'expérimenter comme raison de leur comportement. Il semble par ailleurs que les jeunes connaissent l'usage du condom; plus des trois quarts avaient utilisé à la fois le condom et la pilule anticonceptionnelle au moment des derniers rapports sexuels en date.

Par contre, certains résultats sont préoccupants et méritent qu'on y prête attention. Le degré de confiance lié à l'habileté d'adaptation et à l'estime de soi a chuté depuis l'étude de 1989. Plus de 20 p. 100 des élèves disent avoir été victimes de blagues ou de commentaires à caractère sexuel étant donné leur apparence au moins une fois en deux mois. Mais il y a pire : la prévalence de la consommation d'alcool et de l'enivrement. En outre, un nombre substantiel d'élèves estiment que pour être populaires à l'école, il faut courir les soirées et être rebelle ou désobéir aux règles. Pour ce qui est des connaissances sexuelles, moins de la moitié des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire et un peu moins de la moitié des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire savent que la vaseline ne convient pas comme lubrifiant. Deux tiers des élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire et la moitié des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire croient qu'on peut guérir du VIH ou du sida. Les élèves interrogés en 2002 font état de connaissances inférieures à celles des élèves interrogés en 1989 sur le sujet. Sur le plan du comportement sexuel, les filles qui s'estiment peu sont plus nombreuses à adopter des comportements sexuels risqués. À l'aide d'une échelle mesurant le sentiment d'appartenance à l'école, nous avons déterminé que la propension aux activités sexuelles risquées diminue à mesure que diminue l'attachement à l'école. Il est manifeste, également, que la crainte de répercussions négatives n'a que peu d'incidence sur la décision de devenir sexuellement actif. Près de la moitié des filles de 9^e et 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire qui sont sexuellement actives et ont déjà été enceintes font état de quatre partenaires sexuels ou plus, un fait qui augmente forcément la probabilité de conséquences non désirées et nuisibles pour la santé.

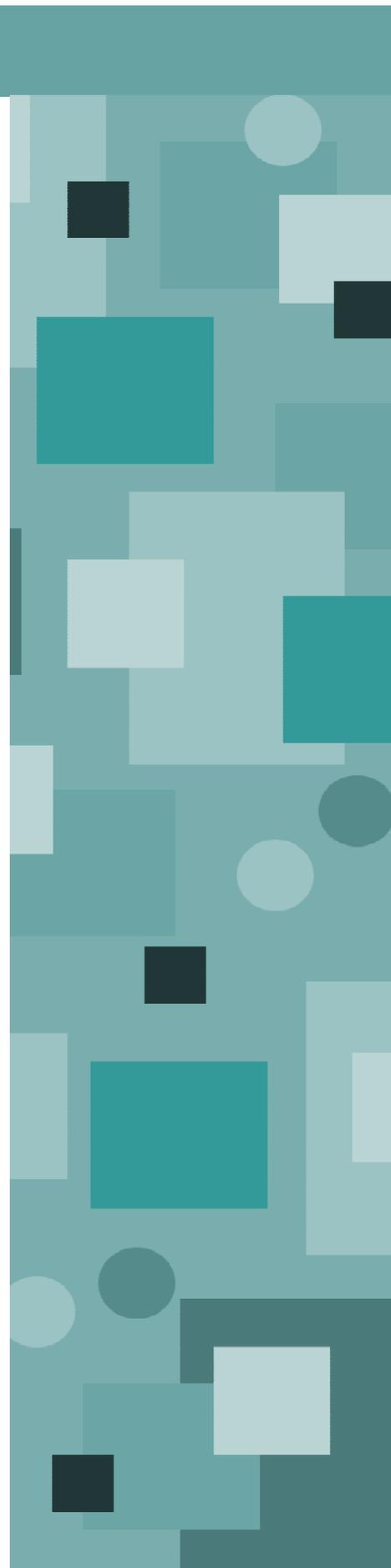
Dans une perspective éducationnelle, disons que les résultats de l'étude confirment la nécessité d'orienter les programmes plus précisément sur la santé sexuelle des élèves. Il ne faut plus se contenter d'étudier le contexte de leurs activités sexuelles et les convictions qui président au choix des gestes positifs ou négatifs. Il faut aussi axer les services de santé sexuelle directement sur les jeunes qui en ont le plus besoin.

INTRODUCTION À L'ÉTUDE SUR LES JEUNES, LA SANTÉ SEXUELLE, LE VIH ET LE SIDA AU CANADA

A. Aperçu

C'est dès l'enfance que commence le développement sexuel sain, qui passe par le développement de l'intimité et de la confiance, l'identification et l'orientation sexuelles de même que des expériences sensuelles et sexuelles positives. Bien entendu, c'est aussi à cette époque que certains jeunes feront l'expérience d'attitudes préjudiciables à l'égard de la sexualité et de violence physique, psychologique et sexuelle. Vers la fin de l'enfance, les valeurs relatives aux rôles et aux pouvoirs de chacun des sexes s'installent progressivement. À l'adolescence et au début de l'âge adulte viennent les décisions sur l'activité sexuelle et la reproduction. Pendant tout ce temps, nombre de tendances comportementales s'établissent, qui influenceront sur les probabilités que l'adolescent ou l'adolescente développent des relations empreintes de maturité et de respect. Ces tendances comportementales influenceront aussi sur le risque de grossesse, d'infections transmises sexuellement, d'infection au VIH et de sida. Mais des forces externes telles les images diffusées dans les médias et les relations interpersonnelles ont une incidence considérable sur ces tendances. Il importe donc de les comprendre. Nous croyons que les jeunes feront les meilleurs choix possibles en matière de santé sexuelle s'ils peuvent s'appuyer sur une base solide grâce à l'information, à l'éducation et à d'autres moyens propices à une action autonome, mature et responsable.

Il y a eu bien peu d'études à grande échelle sur la santé sexuelle des adolescentes et les adolescents du Canada. *L'Étude sur les jeunes canadiens face au sida* (King et coll., 1989) a été effectuée en 1988, au cours d'une époque d'insécurité : on craignait une épidémie nouvelle. Depuis, on compte quelques évaluations pancanadiennes de programmes d'éducation à la santé sexuelle (Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), 2000), auxquelles s'ajoutent les modifications apportées par les provinces aux programmes d'éducation à la santé pour inclure la santé sexuelle. Depuis dix ans, cependant, il n'y a pas eu d'étude de portée nationale sur la santé sexuelle des adolescentes et adolescents. Le présent rapport résume les conclusions d'une étude sur la santé sexuelle et la sexualité des jeunes. *L'Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida* (EJSSVS), coordonnée par le Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), est le fruit d'une collaboration avec le Programme de prévention et d'action communautaire sur le VIH et le sida de Santé Canada, qui finance l'étude. Elle est dirigée par des chercheurs de quatre universités canadiennes, soit Queen's, Acadia, Laval et l'Université de l'Alberta.



B. Concepts et définitions en matière de santé sexuelle

L'EJSSVS porte sur la « santé sexuelle » et la « sexualité saine », deux concepts relativement nouveaux dans la recherche sur l'adolescence. Ces termes reviennent dans le cadre d'initiatives fédérales, provinciales, territoriales et locales de promotion de la santé conçues pour favoriser l'intégration positive de la sexualité et la prévention des maladies liées à la sexualité, à toutes les étapes de la vie. L'étude part d'une définition du terme « santé sexuelle » qu'a élaborée l'Organisation mondiale de la santé, en évitant toute discrimination fondée sur l'âge, l'état civil et l'orientation sexuelle. Il s'agit de « l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, réalisée selon des modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour » (Santé Canada, 1994).

Dans cette lignée, la « sexualité saine » déborde le simple fait d'éviter la maladie et la grossesse non désirée. Ainsi, pour Hendriks (1992, p. 156) :

« la santé sexuelle est partie intégrante de la santé globale et ne se limite pas au fait d'éviter les MTS, le VIH et le sida. La santé sexuelle contribue à l'épanouissement de la sexualité d'une personne, permettant à celle-ci de la partager avec des personnes qui y consentent sans compromettre la santé ni le bien-être de ces dernières. La santé sexuelle passe obligatoirement par le libre choix, la libre expression et la responsabilité et veille particulièrement à éviter la transmission de MTS et du VIH. La santé sexuelle d'une personne contribue au bien-être et à la santé de cette personne comme de ses partenaires sexuels et, en bout de ligne, de la communauté dans son ensemble. [Traduction] »

À partir de ces concepts, donc, l'EJSSVS a été conçue dans une perspective holistique de la santé sexuelle des adolescents et adolescentes et va plus loin que les études traditionnelles, principalement axées sur le comportement sexuel et ses conséquences. L'EJSSVS porte plutôt sur un vaste éventail de déterminants potentiels de la santé sexuelle.

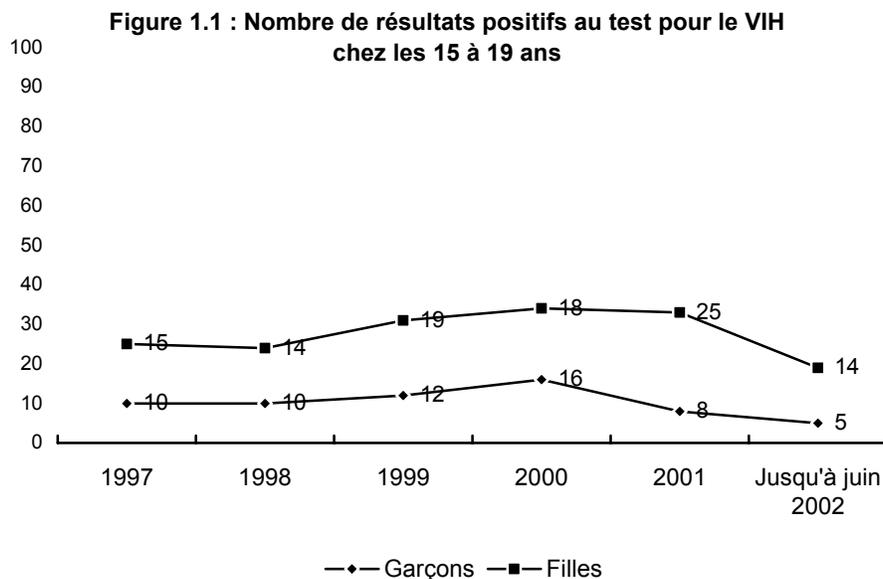
Des chercheurs ont souligné les difficultés qu'il y a à tenter de définir la santé sexuelle (Santé Canada, 1994). Certains avancent que praticiens et chercheurs devraient d'ailleurs éviter le terme « santé sexuelle », arguant que la compréhension de la sexualité est fondée sur une conception sociale (Schmidt, 1987; Gochros, 1983; et Naus, 1989, 1991 : dans Santé Canada, 1994). Schmidt (1987), entre autres, doute que l'on puisse formuler de la santé sexuelle une définition libre d'idéologie et estime essentiel que les professionnels résistent à toute tentation de définition sous peine de propager des normes sexuelles sous le couvert de vérités médicales. Nous employons donc le terme en sachant parfaitement que toute définition n'est qu'indicative et ne doit pas servir à promouvoir des règles strictes de comportement sexuel.

C. Le fondement de l'EJSSVS

L'étude a pour objectif global d'approfondir la compréhension des facteurs qui contribuent à la santé sexuelle des jeunes en sondant les déterminants socioculturels, socio-environnementaux et interpersonnels de l'activité sexuelle des adolescentes et adolescents. L'EJSSVS fait une large place au contexte des risques que prennent les jeunes en matière de sexualité en ce qui concerne, particulièrement, la prévention du VIH et du sida. Les conclusions serviront à élaborer des programmes de santé sexuelle et de prévention du VIH et du sida à l'intention des jeunes, dans les écoles comme dans les collectivités.

Le VIH et le sida touchent de nombreux sous-groupes de la population canadienne, dont les jeunes. Certes, les données actuelles laissent croire que la prévalence du VIH est actuellement plutôt faible chez les jeunes, mais les données sur les comportements sexuels dangereux et sur les ITS indiquent un risque réel de propagation du VIH chez les jeunes Canadiennes et Canadiens. De manière générale, plusieurs facteurs rendent les jeunes vulnérables à l'infection au VIH, notamment les comportements sexuels dangereux, la consommation de différentes substances (y compris de drogues injectées) et l'impression qu'ils ne sont pas visés par la menace du VIH.

L'amélioration des politiques et des programmes de santé sexuelle chez les jeunes se justifie tant du point de vue sanitaire que du point de vue économique. Le nombre de tests positifs à l'égard du VIH parmi les Canadiennes et les Canadiens âgés de 15 à 19 ans est relativement faible depuis cinq ans (figure 1.1). Il faut toutefois noter que les jeunes filles séropositives ont été plus nombreuses que les jeunes garçons pendant ces cinq ans (Santé Canada, 2002a). Par ailleurs, c'est parmi les 15 à 24 ans que le taux d'infections transmises sexuellement (ITS) est le plus élevé actuellement (Santé Canada, 2002b). Selon des données recueillies à l'échelle pancanadienne, sur les 32 869 Canadiennes atteintes d'une chlamydie en 2000, 40 p. 100 étaient de jeunes femmes de 15 à 19 ans. Or, le nombre de cas rapportés dans ce segment est passé de 1063/100 000 en 1998 à 1236/100 000 en 2000. Enfin, des 2368 cas de gonorrhées rapportés pendant la même période, 41 p. 100 étaient aussi des jeunes femmes de 15 à 19 ans (Santé Canada, 2002b).



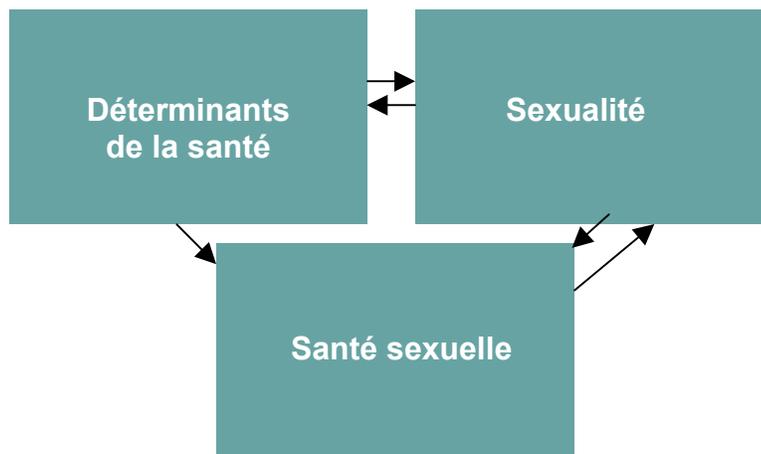
C'est dire que le taux de chlamydie chez les adolescentes canadiennes est neuf fois plus élevé que le taux d'ensemble du Canada (Santé Canada, 1999). On estime que chaque dollar consacré au dépistage et au traitement précoces de la chlamydie et de la gonorrhée permet des économies de 12 dollars en traitements (Institute of Medicine, 1997). De même, les taux de grossesse chez les adolescentes canadiennes sont plus élevés que dans nombre de pays industrialisés (Alan Guttmacher Institute, 1994) et varient considérablement d'une province ou d'un territoire à un autre au Canada (Wadhwa et Millar, 1997). Chaque dollar consacré à la prévention de la grossesse chez les adolescentes pourrait en faire économiser dix en services d'avortement et en maintien du revenu d'aide aux mères adolescentes seules (Orton et Rosenblatt, 1986). Au total, de nombreuses études donnent à croire que la maternité chez les adolescentes peut faire perdre des possibilités éducatives et professionnelles et augmenter la probabilité d'un statut socioéconomique moindre chez les jeunes femmes

(Wadhera et Strachan, 1991; Wadhera et Millar, 1997). L' EJSSVS a pour but d'améliorer notre connaissance des facteurs qui contribuent à ce problème.

D. Cadre conceptuel

L'EJSSVS s'inscrit dans un cadre conceptuel en trois volets (figure 1.2) : a) *les déterminants psychologiques, sociaux et environnementaux de la santé*; b) *les variables relatives à la sexualité* (connaissances, attitudes, convictions, intentions et comportements à l'égard de la sexualité); et c) *la santé sexuelle*, considérée comme un état à privilégier et à dimensions multiples, soit dimensions physiques, sociales et psychologiques, et ressources.

Figure 1.2 : Cadre conceptuel de l'EJSSVS



Chaque volet du cadre conceptuel se divise en sous-catégories à partir desquelles les questions ont été élaborées. En règle générale, les déterminants de la santé sont les aspects du milieu social et communautaire d'un individu, combinés aux habiletés d'adaptation et à l'hygiène de vie de la personne, qui influent sur sa sexualité et sa santé sexuelle. Les interrelations globales que suggère le cadre conceptuel impliquent que les déterminants de la santé sont souvent des préalables ou des catalyseurs de la sexualité et de la santé sexuelle.

La sexualité elle-même fait appel à une diversité de concepts : connaissances; attitudes à l'égard de la sexualité et des maladies liées à la sexualité; fréquentations; expériences sexuelles; mesures de protection contre la grossesse non désirée et les ITS. Certains aspects de la sexualité, dont les habiletés d'adaptation, influent sur les déterminants fondamentaux de la santé.

Enfin, les déterminants de la santé et la sexualité ont des répercussions sur la santé sexuelle d'une personne. Les expériences sexuelles, souvent considérées comme le but ultime de la recherche sur l'adolescence, figurent dans ce cadre conceptuel comme un événement approprié à l'âge menant à la santé sexuelle tout en étant influencées par la santé sexuelle.

E. Méthode de recherche

Pour comprendre l'incidence des déterminants de la santé sur la sexualité et la santé sexuelle des jeunes au Canada à diverses étapes du développement, nous avons inclus dans l'EJSSVS les jeunes de 7^e, 9^e et 11^e années (au Québec, 1^{re}, 3^e et 5^e secondaire) soit, en général, des jeunes de 12, 14 et 16 ans de toutes les provinces et de

Facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements

deux territoires¹. Le choix de ces segments d'âge allait permettre de comparer les résultats avec ceux de l'*Étude sur les jeunes canadiens face au sida* de 1989 au regard des mesures importantes que sont la connaissance du VIH et du sida, les attitudes à l'égard de la sexualité et les comportements sexuels des jeunes Canadiens et Canadiennes.

Instruments d'enquête

La plupart des items du questionnaire sont des mesures validées au préalable et déjà employées pour sonder les groupes d'âge visés par l'étude. Les questions fermées ont été empruntées à des échelles existantes normalisées et de nouveaux items ont été élaborés au besoin pour certains concepts. Il y avait peu de questions ouvertes et la plupart des questions faisaient en sorte qu'il suffise de cocher une réponse parmi le choix donné. Deux versions de l'enquête ont été élaborées, en fonction de l'âge des répondants et répondantes. Il a fallu en effet limiter le questionnaire destiné aux élèves de 7^e année (1^{re} secondaire) sur le chapitre des expériences sexuelles pour le rendre acceptable à toutes les autorités scolaires. Par conséquent, cette version ne contient qu'une question à ce sujet.

La version du questionnaire destiné aux 9^e et 11^e années (3^e et 5^e secondaire) sondait plus en profondeur les comportements sexuels et d'autres comportements risqués comme la consommation de drogues. Les questionnaires ont été traduits en français par des chercheurs francophones, puis retraduits en anglais, ceci pour s'assurer que le sens des questions était préservé dans les deux langues officielles.

Deux versions ont été mises à l'essai dans les provinces où se trouvent les universités participantes (Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario et Alberta). Les coordonnateurs régionaux de la recherche ont pressenti les autorités des écoles sélectionnées et recruté deux classes de 7^e, 9^e et 11^e années (1^{re}, 3^e et 5^e secondaire) dans quatre régions (Atlantique, Québec, Ontario, Ouest et Nord) et mis les questionnaires à l'essai dans 24 classes (environ 500 élèves). L'analyse du sondage pilote, qui a eu recours entre autres à un groupe de discussion formé d'élèves, portait certes sur les mesures normalisées, mais insistait davantage sur les items nouvellement élaborés ou adaptés. L'analyse englobait la pertinence des items pour les populations échantillonnées, l'interprétation de leur sens par les élèves, leur intelligibilité, la justesse de la traduction et la plage des réponses. Des contraintes budgétaires ont empêché d'évaluer de manière plus formelle la validité conceptuelle des questions. L'analyse du sondage pilote a entraîné quelques modifications et exclusion de questions. Les résultats ont ensuite été examinés à la recherche de tendances et d'omissions.

Échantillonnage et recrutement

Les classes ont été choisies dans les écoles sélectionnées à l'aide d'une méthode systématique d'échantillonnage stratifié en grappes à un degré, identique à la méthode utilisée pour l'*Étude sur les jeunes canadiens face au sida* de 1989. Les variables de stratification sont : a) désignation comme école publique ou catholique romaine; b) langue d'enseignement (surtout au Québec et au Nouveau-Brunswick); c) urbanité ou taille de la ville; d) emplacement géographique; et e) taille de l'école. Pour commencer, nous avons dressé une liste des écoles de chaque province et chaque territoire participants à l'aide de l'information connue. Dans certaines provinces, les critères de stratification ont été appliqués de manière absolue : nous avons d'abord dressé des listes échantillons multiples, puis fragmenté l'échantillon provincial de manière proportionnelle selon le nombre réel d'élèves dans les différentes strates. Or, les caractéristiques fondamentales varient d'une province ou d'un territoire à un autre, selon la structure de l'organisation scolaire. Nous avons donc utilisé des listes distinctes pour les écoles catholiques romaines et les écoles publiques en Alberta, en Saskatchewan et en Ontario et des listes distinctes

¹ Le Nunavut n'a pas participé.

pour les écoles francophones et les écoles anglophones au Québec et au Nouveau-Brunswick. Ailleurs, nous avons appliqué les critères de cette manière pour classer les écoles de la liste, de façon à regrouper les écoles relevant d'une même autorité scolaire. L'ordre de priorité des variables de stratification en vue du classement sur la liste est celui dans lequel les variables sont énumérées ci-dessus. Seule exception à cette règle : l'application du critère francophone-anglophone. Ce dernier, en effet, a été appliqué en second dans les cas où toutes les écoles relevant d'une même autorité étaient soit francophones soit anglophones mais en quatrième (juste avant la taille de l'école) s'il y avait à la fois des écoles francophones et des écoles anglophones relevant d'une même autorité.

Nous avons ensuite affecté aux écoles constituant les listes des échantillons une plage de chiffres correspondant au nombre de classes du degré ciblé à l'école. Nous avons attribué un chiffre unique aux écoles ne comportant qu'une classe participante et trois aux écoles comportant trois classes, de sorte que chaque classe avait autant de chance d'être incluse dans l'échantillon. La sélection finale des classes s'est faite au hasard, à raison d'une classe par degré par école. Les échantillons de l'Île-du-Prince-Édouard, du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest sont plus petits, puisque les populations étudiantes y sont plus petites. Les échantillons des territoires étaient d'ailleurs constitués de l'ensemble de la population étudiante des classes visées (1700 à 2000 élèves pour les trois années combinées).

Le Conseil des ministres de l'Éducation (Canada) a accompli un travail essentiel pour obtenir l'assentiment de tous les ministres à l'égard de l'étude dans les provinces et territoires. S'agissant du recrutement des échantillons, toutefois, l'élément crucial consistait à obtenir le consentement des autorités responsables des écoles désignées ou des conseils ou commissions scolaires. Les coordonatrices et coordonnateurs régionaux de la recherche de chacune des universités ont maintenu les communications avec les autorités provinciales de l'éducation, obtenu le consentement des autorités scolaires à l'échelle locale, soumis les demandes appropriées et assuré le suivi jusqu'à ce que le consentement soit donné ou refusé. Le recrutement auprès des conseils et commissions scolaires a été très difficile du fait des conflits syndicaux parmi le personnel enseignant, de la concurrence d'autres sondages et de la réaction défavorable des médias au contenu de l'étude dans certaines régions. Souvent, il n'existait pas de substituts en cas de refus, surtout quand ce dernier venait de grands conseils ou de grandes commissions scolaires. Il a été beaucoup plus facile d'obtenir le consentement des écoles individuelles. Il a été en général possible de trouver une école substitut à quelques semaines seulement d'un refus. Nous n'avons pas cherché de substitut dans le cas d'un refus de la part d'élèves ou de parents (ce qui aurait exigé des relations avec une autre classe). Le cas échéant, nous avons plutôt compensé par des projections plus prudentes du taux de retour et le suréchantillonnage.

Le choix des écoles substituts a tenu compte de la concentration des minorités et du statut socioéconomique de la population, ce qui n'est pas le cas pour l'ordre dans la liste d'échantillonnage. Pour choisir une école substitut, nous avons d'abord communiqué avec un représentant qualifié de l'autorité scolaire et confirmé la possibilité de pressentir l'école substitut. C'est aussi à cette étape qu'a été évaluée l'admissibilité de l'école substitut au regard de la composition de la population étudiante (concentration des minorités, statut socioéconomique de la population, etc.) et que nous nous sommes enquis d'autres substituts possibles quand les premiers ne convenaient pas. Il a été impossible de considérer les variables démographiques (ethnicité, par exemple) et les variables propres aux élèves (exemple les élèves présentant des besoins particuliers) pour le suréchantillonnage.

Les enseignants et enseignantes ont fait répondre toute leur classe au questionnaire de l'EJSSVS en version finale au cours d'une séance de 40 minutes, en classe. Des contraintes budgétaires ont fait que les communications avec le personnel enseignant n'ont eu lieu en général que par lettres. Ce dernier avait été prié de respecter rigoureusement une série de consignes sur le déroulement du sondage. Le consentement actif des

parents ou gardiens a été obtenu pour tous les élèves participants². Ceux-ci étaient assurés de l’anonymat et ont d’ailleurs scellé leur enveloppe individuelle avant le retour des questionnaires aux chercheurs.

Taille de l’échantillon

Le but premier de l’étude était de former dans chaque province et chaque territoire des échantillons d’une taille permettant un intervalle de confiance de + ou – 4 p. 100 pour la plupart des questions. Pour atteindre ce niveau de précision, il fallait constituer un échantillon de 1150 élèves par année et par province, la classe représentant la grappe d’échantillonnage. Mais comme il fallait aussi obtenir le consentement des autorités scolaires, il a été impossible de constituer partout des échantillons de cette taille (tableaux 1.1 et 1.2). Une fois les refus comptabilisés, l’échantillon global de l’étude se chiffre à 11 074 élèves (3536 de 7^e année ou 1^{re} secondaire; 3841 de 9^e année ou 3^e secondaire; et 3697 de 11^e année ou 5^e secondaire)³. On peut donc dire que l’échantillon de l’EJSSVS est un très gros échantillon des élèves du Canada sans être tout à fait représentatif des jeunes Canadiens et Canadiennes de toutes les provinces. L’échantillon pancanadien pondéré est formé d’échantillons provinciaux pondérés pour les provinces et territoires autres que la Colombie-Britannique et l’Alberta⁴. C’est dire que la taille de l’échantillon global ne suffit pas pour ventiler par province ou territoire, contrairement à l’étude de 1989. Elle a tout de même permis des intervalles de confiance de + ou – 4 p. 100 ou moins pour la plupart des questions (compte tenu de l’erreur attribuable à l’effet du plan de sondage inhérente à l’échantillonnage en grappes) à un niveau de confiance de 95 p. 100 pour chacune des années. Si l’on compare les pourcentages tout au long du rapport, on constate des différences substantielles dans un intervalle de confiance de 95 p. 100. Ces paramètres sont identiques à ceux de l’étude de 1989. Le taux de consentement global des élèves est de 67,7 p. 100; 8,9 p. 100 des élèves étaient absents et 5,2 p. 100 ont refusé. Dans 18,2 p. 100 des cas, les élèves n’ont pas retourné le formulaire de consentement parental ou les parents ont tout simplement interdit leur participation. L’absentéisme est généralement attribuable à la participation des élèves à d’autres activités scolaires (excursions par exemple), plutôt qu’à la maladie ou à l’école buissonnière. Le fait ne pas avoir retourné le formulaire de consentement parental a influé bien plus sur les taux de retour qu’un véritable refus de la part des parents. Étant donné le peu de temps disponible de la part du personnel enseignant, il a été décidé de ne pas demander à ce dernier de donner plus d’information sur les élèves qui n’avaient pas répondu.

Bien qu’imparfait sur le plan de la représentation régionale, l’échantillon de l’EJSSVS reste assez comparable à l’ensemble de données de l’étude de 1989. Les méthodes d’échantillonnage employées sont assez similaires. Dans les deux cas en effet, c’est la classe qui constitue la grappe et la représentation est fondée sur les mêmes caractéristiques d’écoles et de communautés. Les deux échantillons sont d’une taille suffisante pour générer de petits intervalles de confiance et représentent une gamme de caractéristiques géographiques et démographiques des jeunes Canadiens et Canadiennes de 7^e, 9^e et 11^e années (1^{re}, 3^e et 5^e secondaire). Mais alors que les données de 1989 sont représentatives de la population pancanadienne, celles de l’EJSSVS ne le sont pas. Il faudra donc user de prudence s’agissant de compiler des statistiques pancanadiennes. Quoi qu’il en soit, la comparaison des différences approximatives de + ou – 4 p. 100 entre les deux études reste valide. De même, les interrelations entre les variables de l’EJSSVS sont sources de conclusions fiables.

² Le procédé employé en 1989 n’exigeait pas un consentement actif. Les élèves n’étaient exclus que si les parents retournaient un formulaire refusant leur participation.

³ L’échantillon de 1989 comprenait 29 402 élèves (9925 de 7^e année ou 1^{re} secondaire, 9860 de 9^e année ou 3^e secondaire et 9617 de 11^e année ou 5^e secondaire).

⁴ Les petits échantillons de Colombie-Britannique et d’Alberta sont simplement ajoutés à l’ensemble, avec une pondération globale de 1.

Tableau 1.1 : Taille des échantillons

Province ou territoire	7 ^e année ou 1 ^{re} secondaire	9 ^e année ou 3 ^e secondaire	11 ^e année ou 5 ^e secondaire
Alberta	9	52	51
Colombie-Britannique	50	82	84
Île-du-Prince-Édouard	173	221	113
Manitoba	231	199	194
Nouveau-Brunswick	271	244	358
Nouvelle-Écosse	498	512	615
Ontario	953	1,156	1,107
Québec	308	482	270
Saskatchewan	239	265	286
Terre-Neuve	746	602	595
Territoires du Nord-Ouest	22	0	0
Yukon	87	26	24
	3587	3841	3697

Tableau 1.2 : Répartition des élèves par sexe, dans chaque classe

Sexe	7 ^e année ou 1 ^{re} secondaire		9 ^e année ou 3 ^e secondaire		11 ^e année ou 5 ^e secondaire	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Masculin	1691	47,3	1786	46,6	1694	45,9
Féminin	1885	52,7	2050	53,4	2000	54,1

F. Rapport sur l'EJSSVS 2002

Le deuxième chapitre du présent rapport regroupe les résultats du sondage liés aux déterminants de la santé sexuelle des jeunes. Le troisième chapitre présente des résultats relatifs à la sexualité et à la santé sexuelle des jeunes. Le quatrième chapitre est un sommaire des résultats et des conclusions de l'étude ainsi que de leurs implications pour l'élaboration de politiques et de programmes.

Références

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1994). *Sex and America's Teenagers*, New York, The Alan Guttmacher Institute.

CONSEIL DES MINISTRES DE L'ÉDUCATION (CANADA) (CMEC) (1999). *Écoles, santé publique, sexualité et VIH*, site web : www.schoolfile.com/AIDSReport/title.htm.

HENDRIKS, A. (1991). « Promoting Sexual Health », actes du deuxième séminaire international sur la prévention de la transmission sexuelle du VIH et autres maladies sexuellement transmissibles tenu à Cambridge du 24 au 27 mars, Organisation mondiale de la santé.

INSTITUTE OF MEDICINE (1997). *The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases*, Washington, DC, National Academy Press, p. 28 à 68.

KING, A., R. BEAZLEY, W. WARREN, et coll. (1989). *Étude sur les jeunes Canadiens face au sida*, Kingston, Queen's University.

ORTON, M. J., et E. ROSENBLATT (1986). *Adolescent Pregnancy in Ontario: Progress in Prevention* (2^e rapport), Hamilton, McMaster University, School of Social Work, page 126.

SANTÉ CANADA (1994). *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

SANTÉ CANADA (1999). *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

SANTÉ CANADA (2002a). *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 30 juin 2002*, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Ottawa, Ontario, Canada.

SANTÉ CANADA (2002b). *Cas et taux de chlamydie génitale rapportés au Canada selon le groupe d'âge et le sexe*, Division de la promotion de la santé sexuelle et de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Ottawa, Gouvernement du Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp>).

WADHERA, S., et W. J. MILLAR (1997). « La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994 » dans *Rapports sur la santé*, hiver, volume 9, numéro 3, Ottawa, Statistique Canada.

WADHERA, S., et J. STRACHAN (1991). « La grossesse à l'adolescence, Canada, 1975–1989 », *Rapports sur la santé*, volume 3, numéro 4, Ottawa, Statistique Canada.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ SEXUELLE

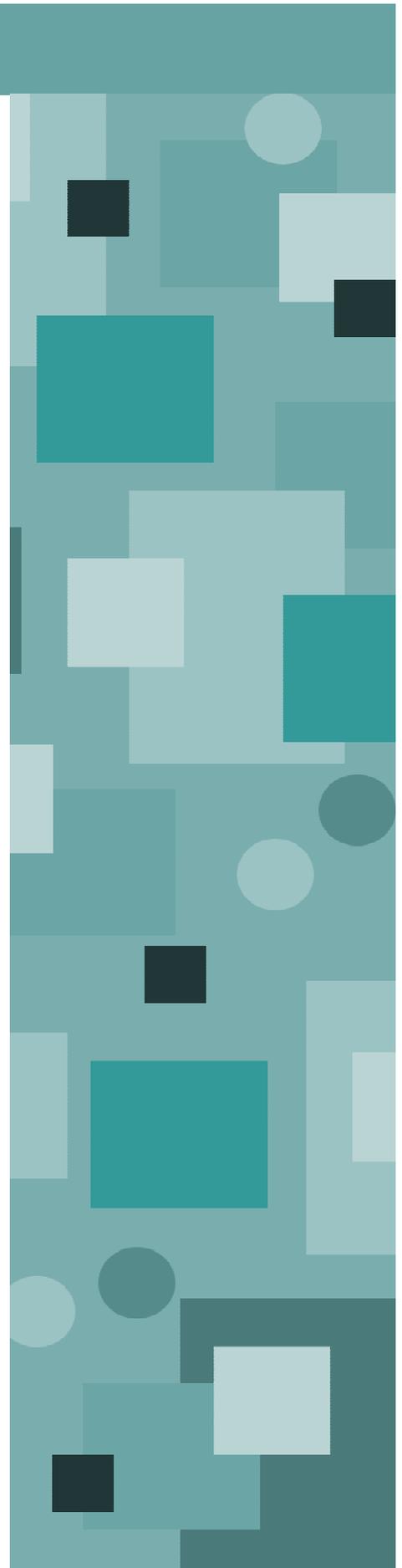
A. Introduction

L'EJSSVS utilise comme déterminants de la santé sexuelle des variables sociodémographiques dont le lien avec les comportements sexuels et la santé sexuelle des populations adolescentes est établi. Il a été démontré par exemple que le revenu, l'occupation, l'éducation, la religiosité des parents, l'identité sexuelle et l'incapacité sont liés à l'activité sexuelle de leurs enfants à l'adolescence. Le contexte scolaire est une autre variable du milieu liée à la santé des jeunes (King, Boyce et King, 1999). De même, l'habileté d'adaptation et l'hygiène personnelle sont liées à la santé sexuelle. En effet, les adolescentes et adolescents qui ont des difficultés affectives et mentales, lesquelles se traduisent par une moindre habileté d'adaptation, risquent plus d'avoir des comportements risqués comme des troubles de l'alimentation, le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues. Ces comportements sont aussi associés à la précocité des expériences sexuelles (Taylor-Seehafer et Rew, 2000).

D'autres déterminants de la santé sexuelle semblent issus de la structure et des relations familiales (Kotchik et coll., 2001; Turner et coll., 1993). Le degré de communication avec les parents, les modèles proposés par ces derniers et le degré de confiance qu'ils suscitent ont une incidence sur la dépression et les comportements sexuels dangereux parmi les adolescents et adolescentes (Feldman et Brown, 1993). Les interactions au sein des groupes et la perception qu'ont les jeunes de ces interactions sont un autre type de déterminant de la santé sexuelle. C'est dans leurs groupes, en effet, que les adolescents et adolescentes s'informent sur la santé et trouvent des cadres collectifs qui façonnent leur interprétation de cette information. Qui plus est, le degré d'intégration d'une jeune personne à ce genre de groupe est lié à la probabilité qu'elle éprouve des problèmes physiques ou des troubles affectifs (Page, Scanlan et Deringer, 1994). Enfin, l'offre de services de santé et de services sociaux dans une collectivité et la connaissance qu'ont les adolescents et adolescentes de leur existence sont aussi associées aux comportements des jeunes en matière de santé sexuelle. De fait, certaines données laissent croire que l'accessibilité des services de santé communautaires et d'éducation sexuelle réduit le taux de grossesse chez les adolescentes (Orton et Rosenblatt, 1991).

B. Déterminants sociodémographiques

Peu de chercheurs ont prouvé les liens entre l'avoir des familles et le comportement sexuel des jeunes, mais il apparaît que les familles peu nanties et le surpeuplement des logements sont associés à une santé déficiente chez les enfants (*Ontario Child Health Survey*, 1989). Les



figures 2B.1 à 2B.3 montrent que la plupart des élèves interrogés dans le cadre de l'EJSSVS considèrent leur famille comme moyennement riche.

Figure 2B.1 : Richesse familiale perçue, 7e année (1re secondaire) (%)

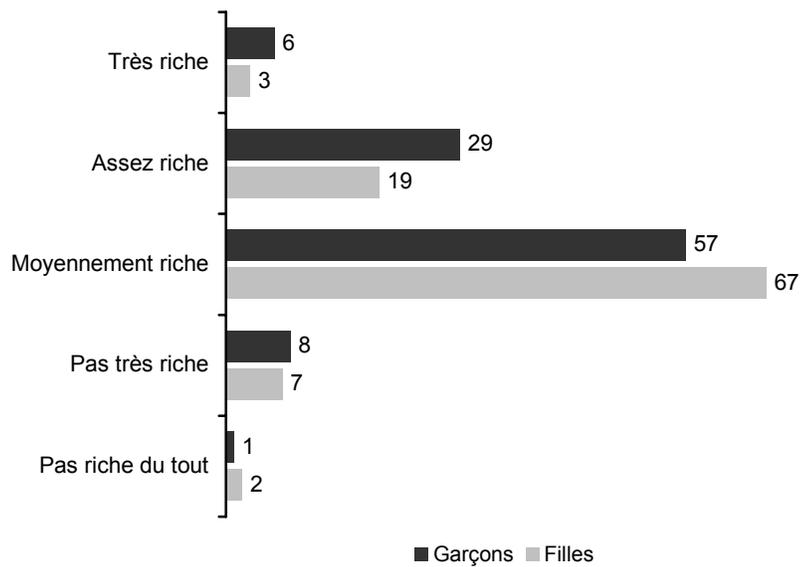


Figure 2B.2 : Richesse familiale perçue, 9e année (3e secondaire) (%)

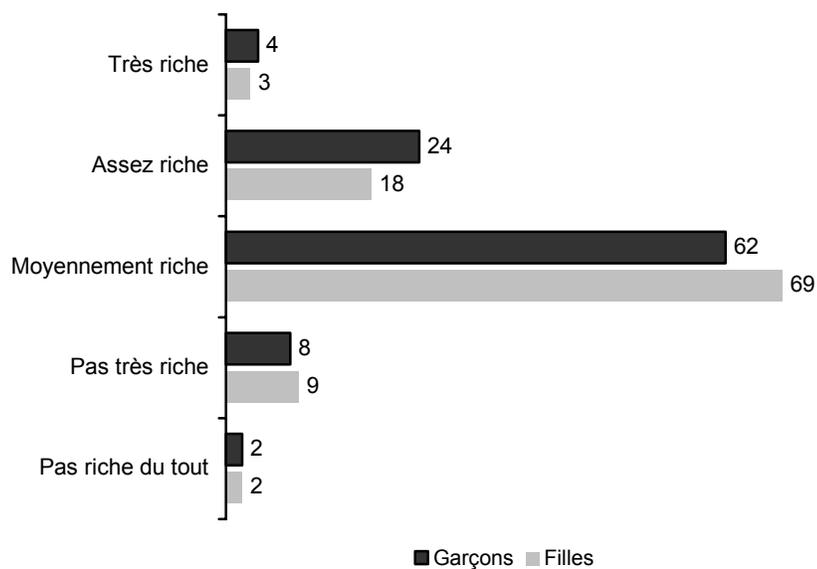
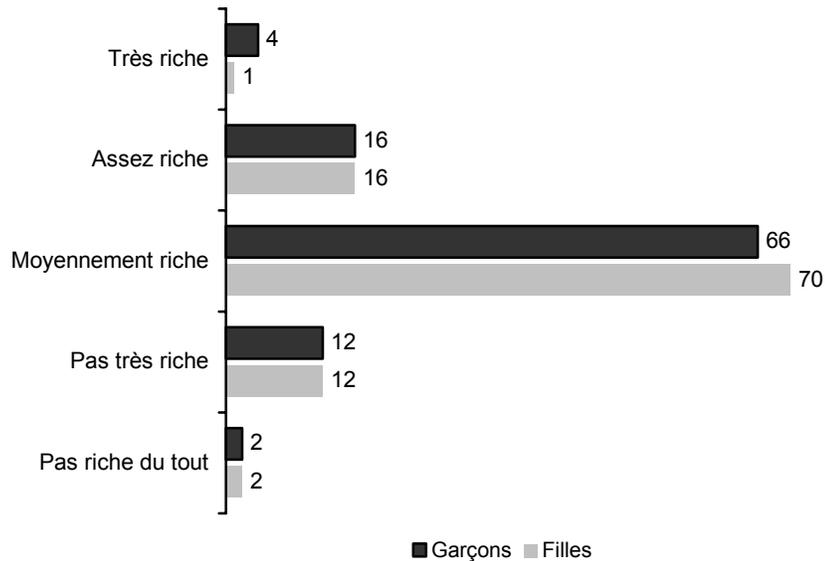


Figure 2B.3 : Richesse familiale perçue, 11e année (5e secondaire) (%)



L'EJSSVS comportait aussi des questions sur l'occupation des parents. Environ 90 p. 100 des élèves ont indiqué que leur père avait un emploi. La figure 2B.4 permet de constater que les jeunes dont le père est travailleur qualifié sont en majorité. Les élèves étaient également priés d'expliquer les raisons du chômage chez le père, le cas échéant. Le quart, environ, des élèves dont le père était en chômage, ont répondu que ce dernier cherchait un travail (figure 2B.5). Par comparaison, les élèves plus âgés ont été plus nombreux à répondre que leur père était en chômage pour raisons de santé ou à la retraite.

Figure 2B.4 : Occupation du père (%)

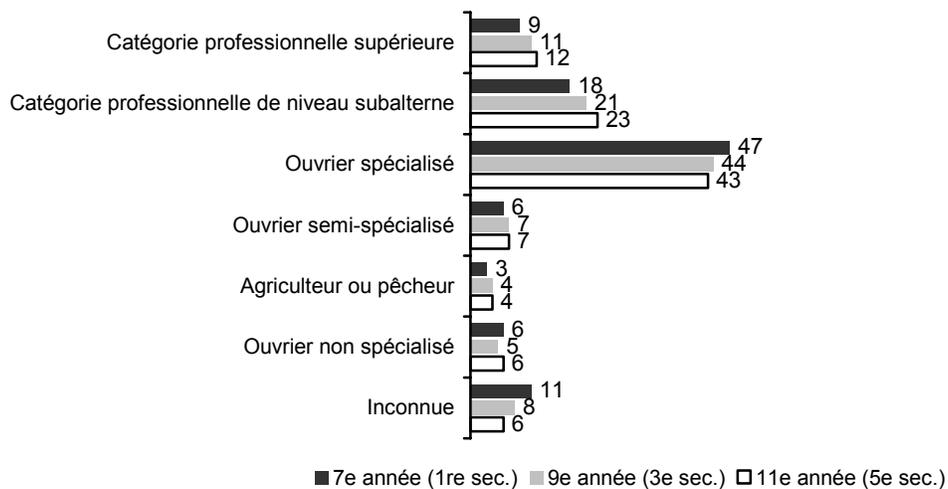
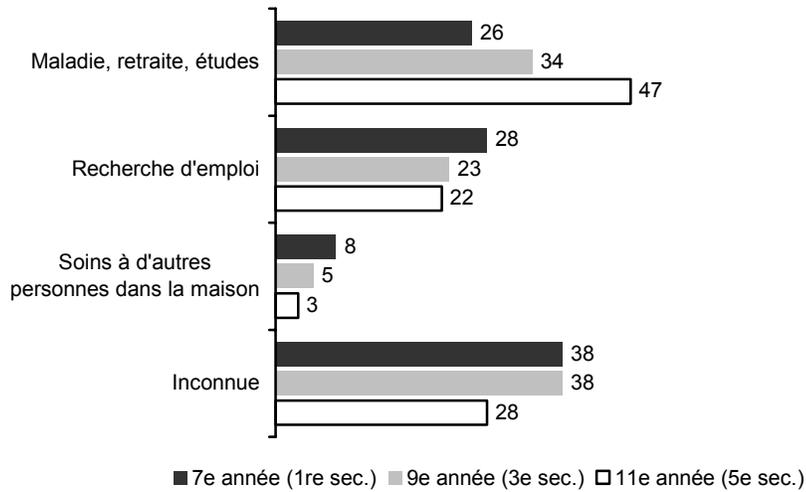


Figure 2B.5 : Raison du chômage du père (%)



Environ 80 p. 100 des élèves ont indiqué que leur mère avait un emploi, la plupart semi-spécialisé (figure 2B.6). Les mères qui n'ont pas d'emploi prennent généralement soin d'autres personnes ou travaillent à la maison (figure 2B.7).

Figure 2B.6 : Occupation de la mère (%)

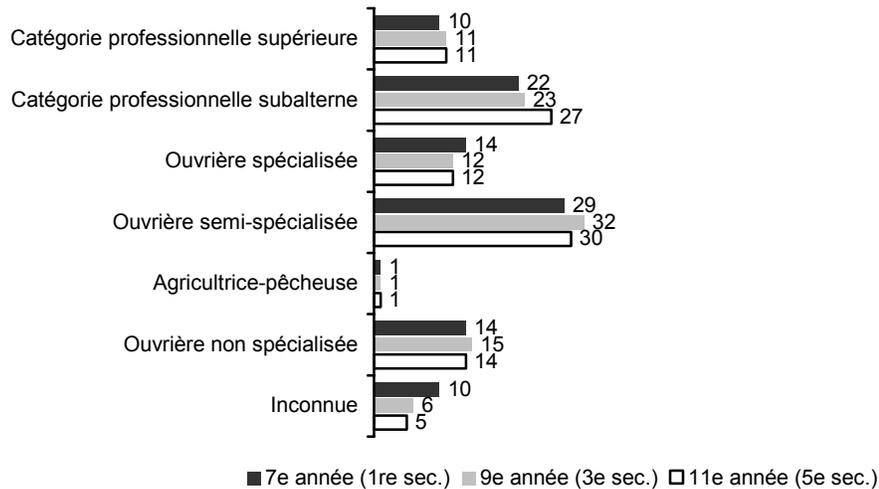
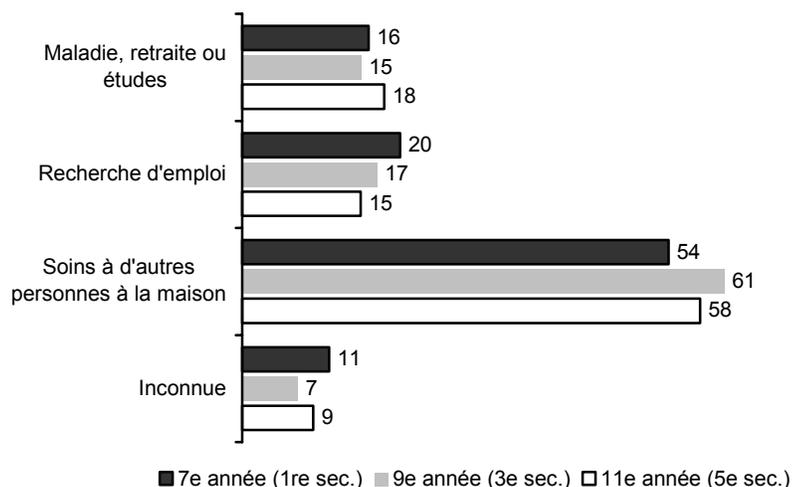
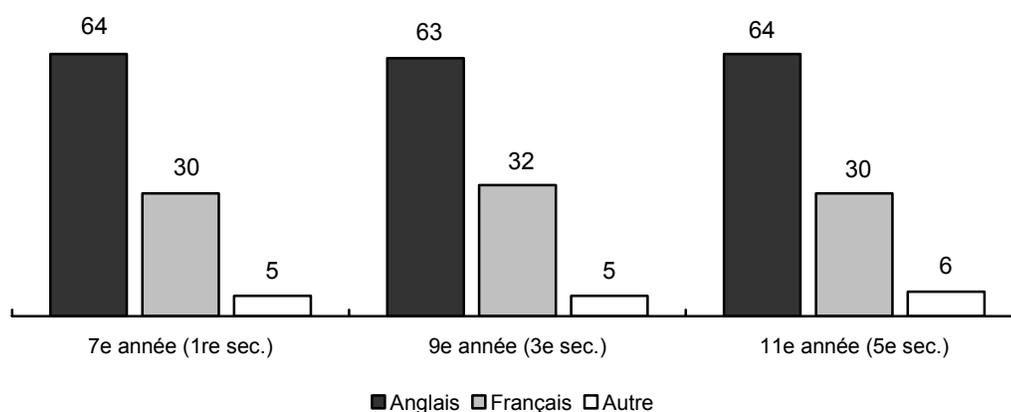


Figure 2B.7 : Raison du chômage de la mère (%)



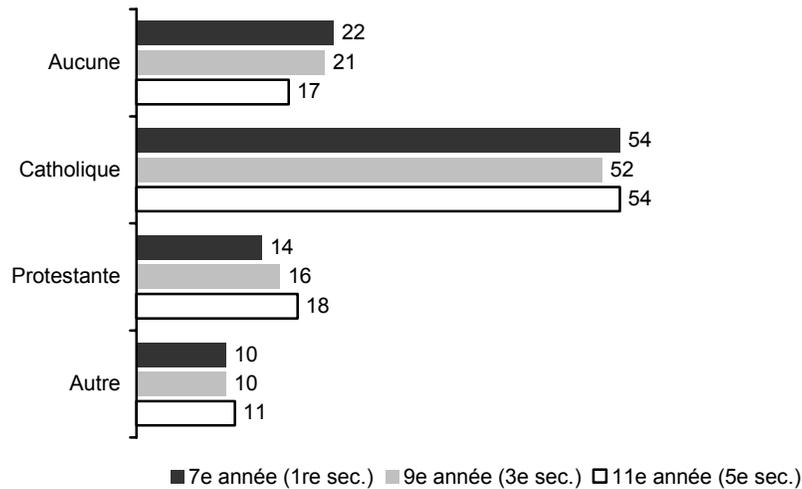
L'appartenance à une ethnie ou un groupe religieux a aussi une incidence sur le comportement sexuel et la propension à prendre des risques (Howard, 1985). Les élèves ayant participé à l'EJSSVS étaient invités à préciser quelle langue est habituellement parlée à la maison. Pour les deux tiers, l'anglais prédomine; un tiers répond qu'il s'agit du français et seulement 5 p. 100 environ signalent l'usage prédominant d'autres langues à la maison (figure 2B.8). Selon les données du recensement canadien de 2002, 70 p. 100 des 10 à 19 ans parlent anglais, 20 p. 100 parlent français et 8 p. 100 parlent une autre langue (Statistique Canada (a), 2003). À cet égard, les anglophones et les allophones sont légèrement sous-représentés dans l'échantillon de l'EJSSVS, tandis que les francophones se trouvent légèrement sur-représentés.

Figure 2B.8 : Langue usuelle à la maison (%)



Les catholiques représentent à peu près la moitié de l'échantillon de l'EJSSVS (figure 2B.9), ce qui correspond aux données du recensement fait au Canada en 2001, celles-ci établissant à 47 p. 100 le nombre de Canadiens et de Canadiennes qui se disent catholiques (Statistique Canada (b), 2003). Seuls 20 p. 100 des adolescents et adolescentes, environ, ont indiqué ne pas appartenir à aucune religion, une proportion qui diminue légèrement vers les classes supérieures.

Figure 2B.9 : Religion (%)



L'homophobie nuit à l'estime de soi des gais, des lesbiennes et des adolescentes et adolescents bisexuels et peut conduire à la dépression et au suicide en plus d'accroître l'incidence des comportements sexuels risqués (Radkowsky et Siegel, 1997). C'est pourquoi nous demandions aux élèves d'indiquer leur orientation sexuelle, selon leur attirance physique pour leur propre sexe, le sexe opposé ou les deux (figures 2B.10 à 2B.12).

Figure 2B.10 : Orientation sexuelle, 7e année ou 1re secondaire (%)

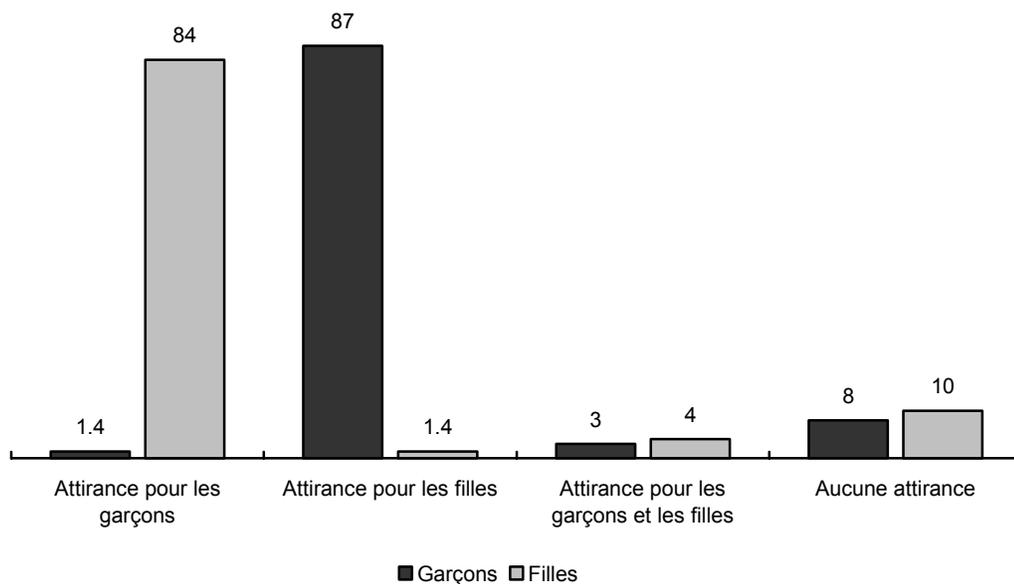


Figure 2B.11 : Orientation sexuelle, 9^e année ou 3^e secondaire (%)

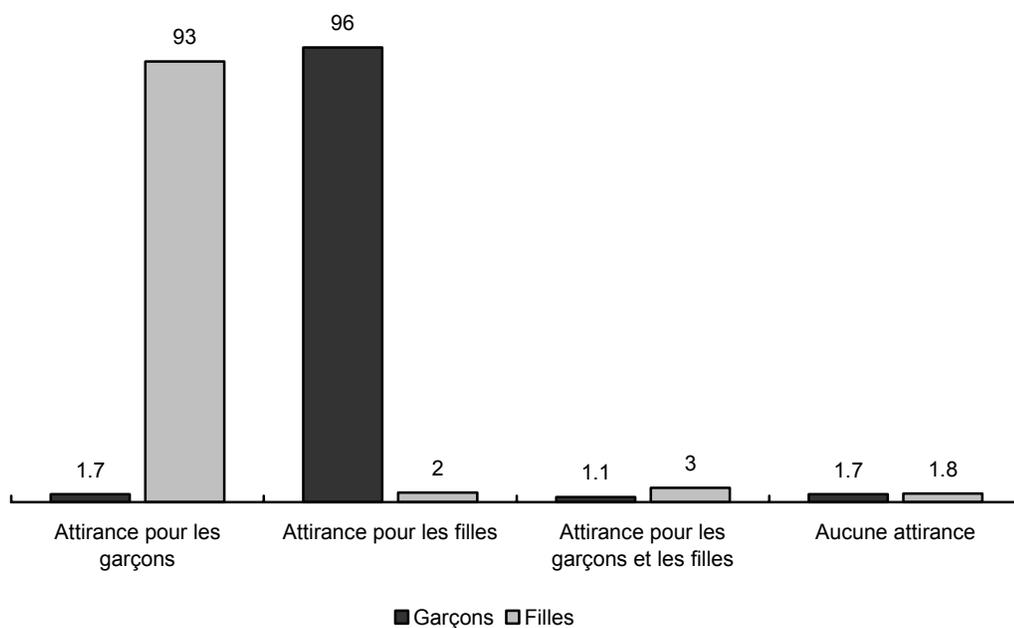
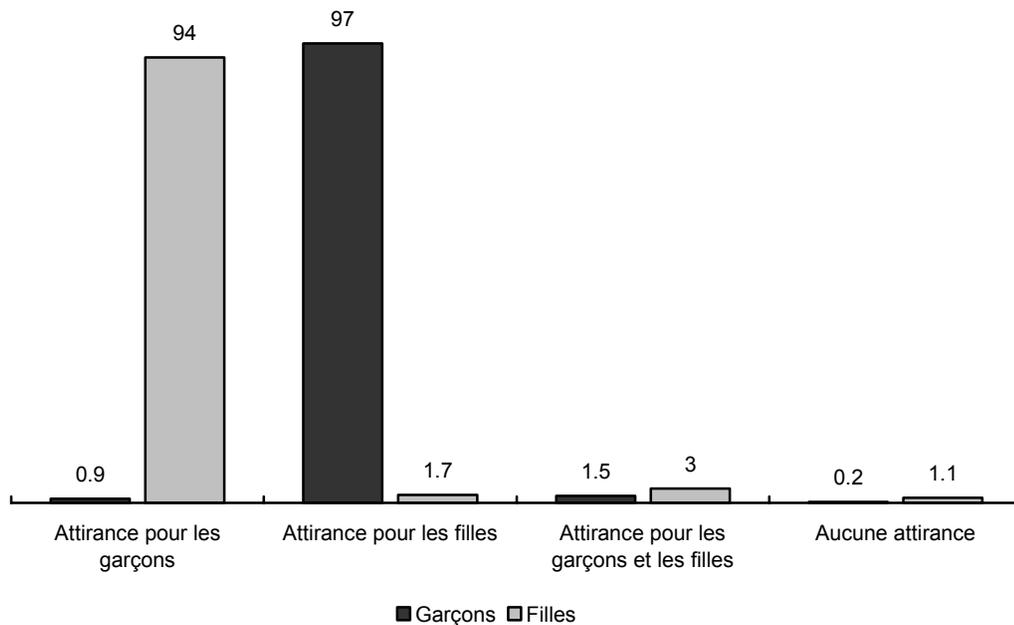


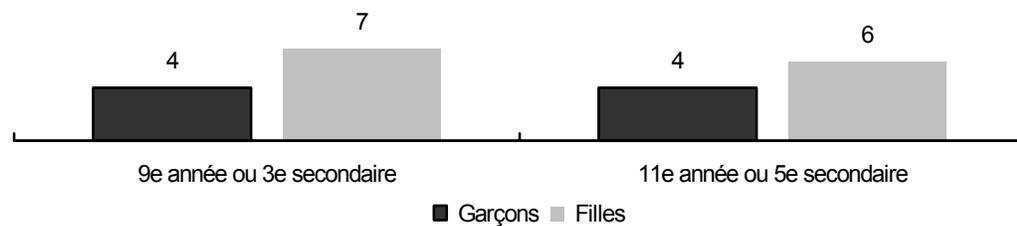
Figure 2B.12 : Orientation sexuelle, 11^e année ou 5^e secondaire (%)



Au total, moins de 3 p. 100 de l'échantillon se disent attirés par des personnes de leur sexe, ce qui peut être une sous-estimation, les jeunes pouvant ne pas être à l'aise d'indiquer leur orientation sexuelle ou ne pas en être parfaitement certains. Il est intéressant de noter que le nombre d'élèves de 9^e et 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire qui se disent attirés par les élèves des deux sexes équivaut au nombre de ceux et celles qui sont attirés par des personnes de leur sexe. Soulignons en outre que 9 p. 100 des élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire disent n'éprouver aucune attirance, un chiffre qui diminue brusquement en passant aux classes supérieures.

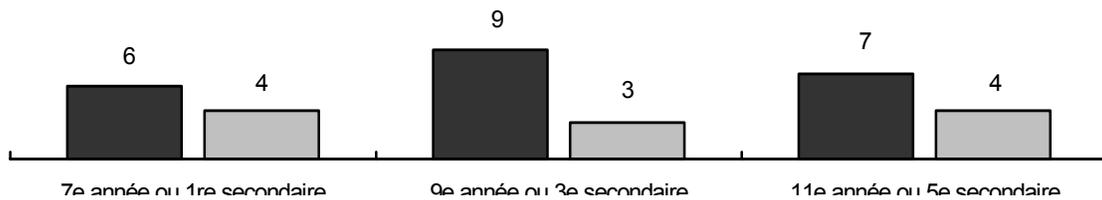
Une question connexe invitait les élèves de 9^e et de 11^e années (3^e et 5^e secondaire) à dire s'ils auraient préféré être nés du sexe opposé (figure 2B.13). Environ 5 p. 100 ont répondu oui, ce qui ne témoigne pas nécessairement d'une confusion sexuelle à cet âge mais peut-être simplement de la désirabilité sociale d'un traitement préférentiel.

**Figure 2B.13 : Élèves qui aimeraient être nés du sexe opposé
(% tout à fait d'accord et d'accord)**



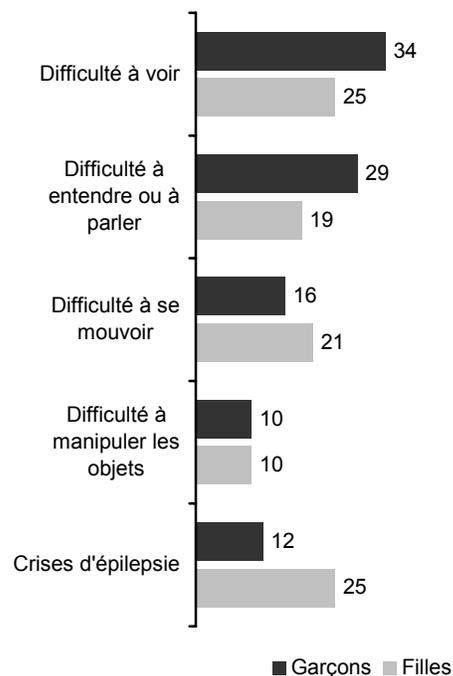
Les jeunes qui présentent une incapacité physique ou intellectuelle risquent plus que les autres d'être en mauvaise santé. Plus précisément, les adolescents et adolescentes qui ont des troubles d'apprentissage ou une mobilité réduite risquent plus d'évoquer un comportement suicidaire et une activité sexuelle précoce (Blum, Kelly et Ireland, 2001). La figure 2B.14 révèle la proportion supérieure des garçons de 9^e année ou 3^e secondaire qui ont fait état de difficultés d'apprentissage en réponse à l'EJSSVS.

Figure 2B.14 : Élèves ayant des difficultés d'apprentissage (%)

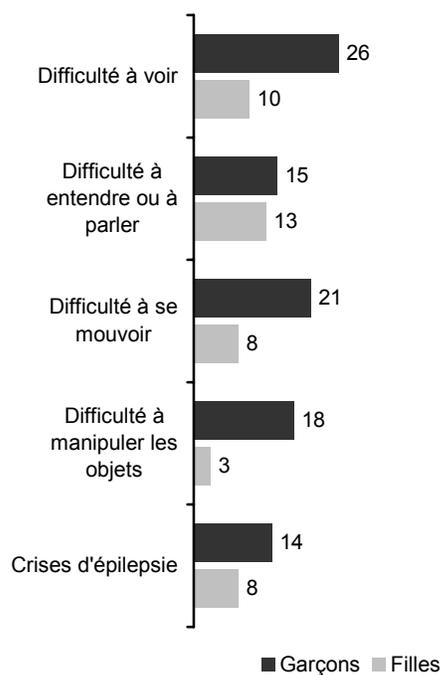


Toutes classes confondues, environ 4 p. 100 des élèves font état d'une maladie ou d'une incapacité de longue durée. Les figures 2B.15 à 2B.17 donnent un aperçu de la situation. Parmi les élèves plus âgés, il se trouve plus de garçons à mobilité réduite. Toutefois, les garçons les plus jeunes sont plus nombreux que les autres à éprouver des difficultés d'audition ou d'élocution. Les filles les plus jeunes sont plus nombreuses à faire état de crises d'épilepsie.

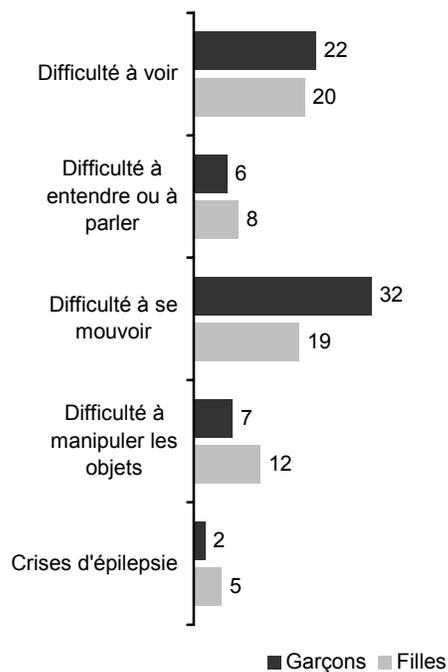
Figure 2B.15 : Prévalence et type d'incapacité, 7e année ou 1re secondaire (%)



**Figure 2B.16 : Prévalence et type d'incapacité
9e année ou 3e secondaire (%)**



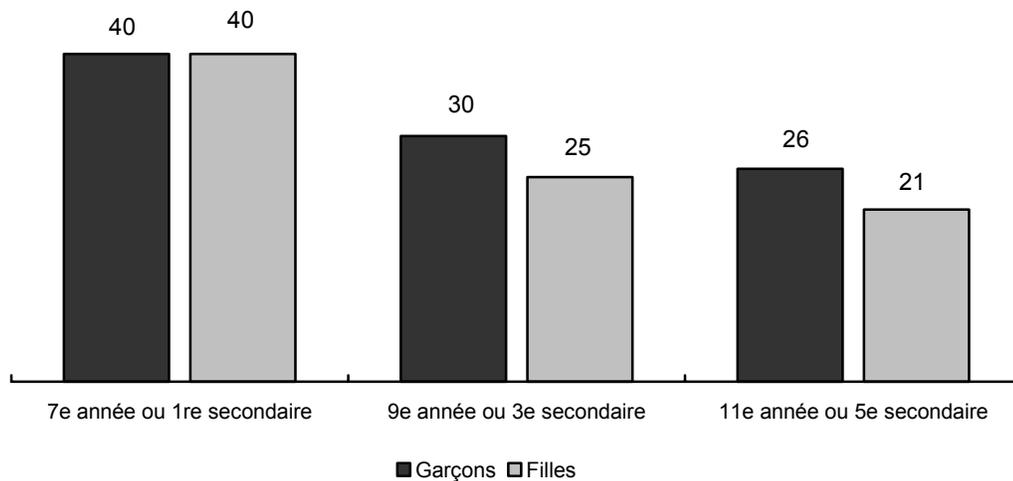
**Figure 2B.17 : Prévalence et type d'incapacité,
11e année ou 5e secondaire (%)**



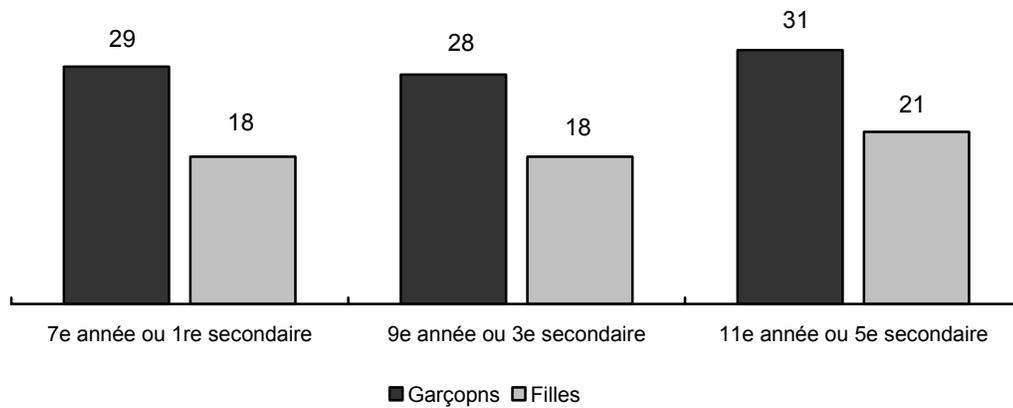
C. Expériences scolaires

La santé sexuelle est aussi influencée par la qualité de l'expérience scolaire, celle-ci étant mesurée par l'attitude de l'élève envers l'école, ses résultats scolaires, le soutien du personnel enseignant et les objectifs scolaires. L'EJSSVS comportait des questions sur : a) la participation de l'élève à l'établissement des règles; et b) la rigueur des autorités scolaires à l'égard de ces règles. Les élèves étaient invités à indiquer une réponse sur une échelle à cinq niveaux, allant de « tout à fait d'accord » à « tout à fait en désaccord ». Les plus jeunes sont près du double à estimer qu'ils et elles peuvent participer à l'établissement des règles scolaires (figure 2C.1). Il semble y avoir corrélation entre le sexe et le sentiment que la rigueur des autorités scolaires est excessive (figure 2C.2), les garçons étant plus nombreux à faire état d'un traitement trop strict.

Figure 2C.1 : « Dans notre école, les élèves participent à l'établissement des règles. »
(% tout à fait d'accord et d'accord)



**Figure 2C.2 : « Dans notre école, les élèves sont traités trop sévèrement. »
(% de tout à fait d'accord et d'accord)**



Les figures 2C.3 à 2C.5 montrent la réussite des élèves par sexe et par classe. Dans l'échantillon de 7^e année ou 1^{re} secondaire, il y a 11 % plus de filles que de garçons à estimer que leurs résultats sont « excellents ». En 9^e et 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire, les filles sont plus nombreuses à faire état de résultats supérieurs à 80 p. 100.

Figure 2C.3 : Résultats des élèves de 7e année ou 1re secondaire (%)

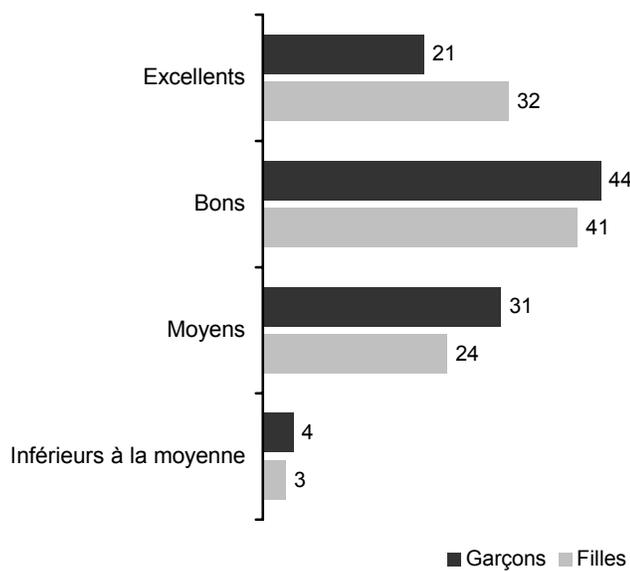


Figure 2C.4 : Résultats des élèves de 9e année ou 3e secondaire (%)

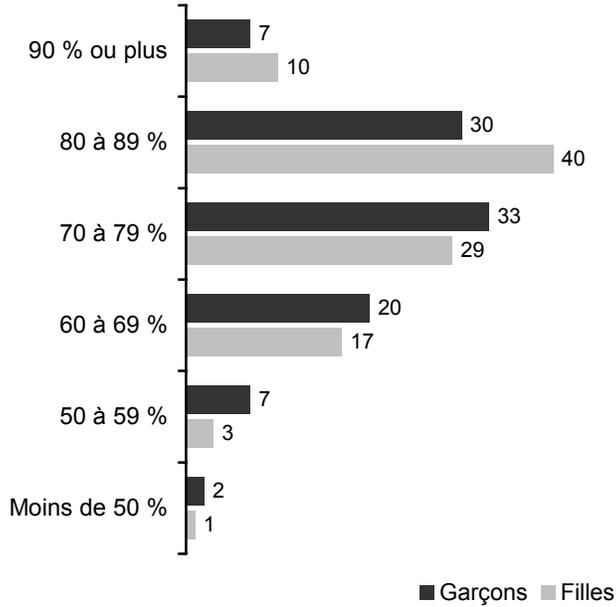
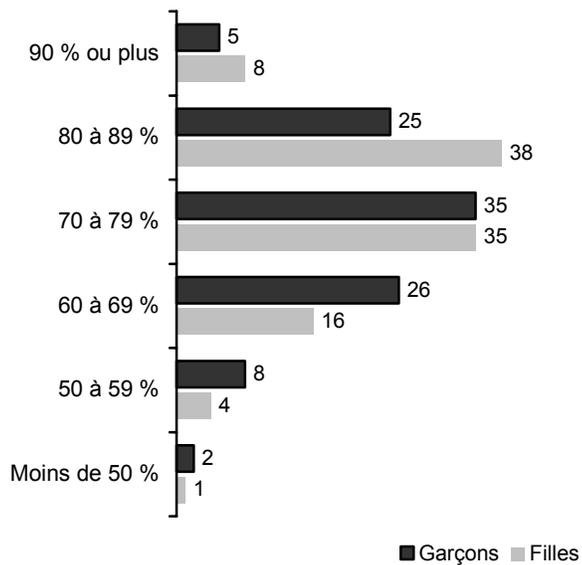


Figure 2C.5 : Résultats des élèves de 11e année ou 5e secondaire (%)



Les relations entre le personnel enseignant et les élèves sont un autre élément important de l'expérience scolaire. À cet égard, les figures 2C.6 et 2C.7 résument à quel point les élèves sont d'accord avec certains énoncés sur leurs enseignants et enseignantes : « Mes enseignants s'intéressent à moi en tant que personne. » et « Les attentes de mes enseignants à l'égard de mon rendement scolaire sont trop élevées. »

Des différences entre groupes d'âge et entre sexes se font jour à l'égard de l'intérêt que perçoivent les élèves de la part du personnel enseignant (figure 2C.6). En 7^e année ou 1^{re} secondaire, les filles sont plus nombreuses que les garçons à estimer que le personnel enseignant s'intéresse à elles en tant que personnes. Mais cette prédominance est inversée dans les échantillons de 9^e et 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire. Parmi les élèves plus âgés, les garçons comme les filles sont aussi moins nombreux à percevoir l'intérêt de leurs enseignants et enseignantes à leur endroit. Enfin, les plus jeunes des garçons estiment que les enseignants et enseignantes attendent trop d'eux à l'école (figure 2C.7).

Figure 2C.6 : « Mes enseignants s'intéressent à moi en tant que personne. »
(% tout à fait d'accord et d'accord)

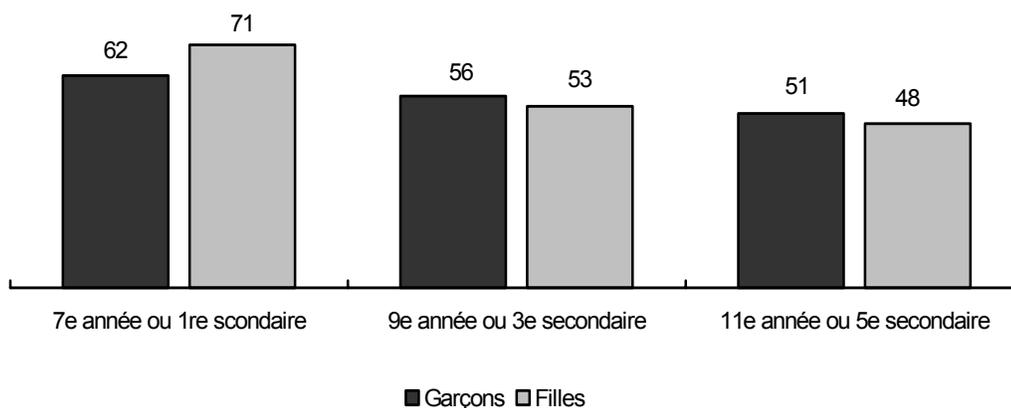
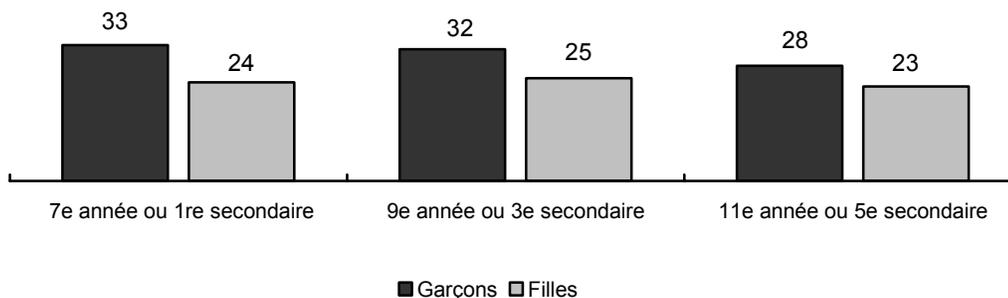


Figure 2C.7: « Les attentes de mes enseignants à l'égard de mon rendement scolaire sont trop élevées. »
(% tout à fait d'accord et d'accord)



Raphael (1996) a constaté un lien entre la croyance en la possibilité d'un avenir satisfaisant et les comportements à risque chez les adolescents et les adolescentes. Les élèves de 9^e et de 11^e années (3^e et 5^e secondaire) étaient invités à faire part de leurs objectifs scolaires. On voit, dans les figures 2C.8 et 2C.9 que la majorité des élèves, et particulièrement les filles, prévoient aller à l'université ou au collège. L'intérêt des élèves à cet égard a augmenté depuis 1989 (figure 2C.10). Dans le cadre du présent sondage, 82 p. 100 des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire se sont montrés intéressés par l'université ou le collège, contre 70 p. 100 en 1989.

Figure 2C.8 : Objectifs scolaires, 9e année ou 3e secondaire (%)

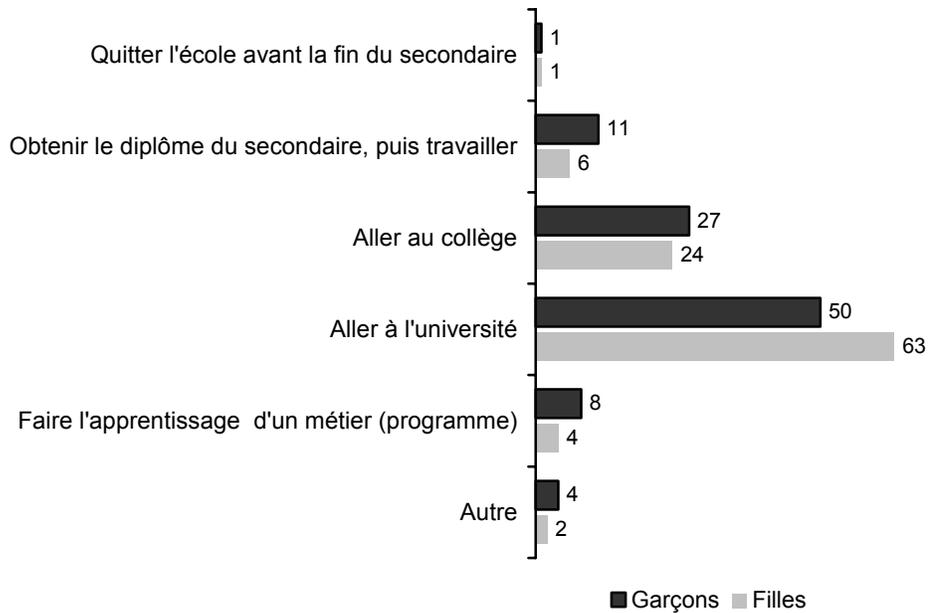


Figure 2C.9 : Objectifs scolaires, 11e année ou 5e secondaire (%)

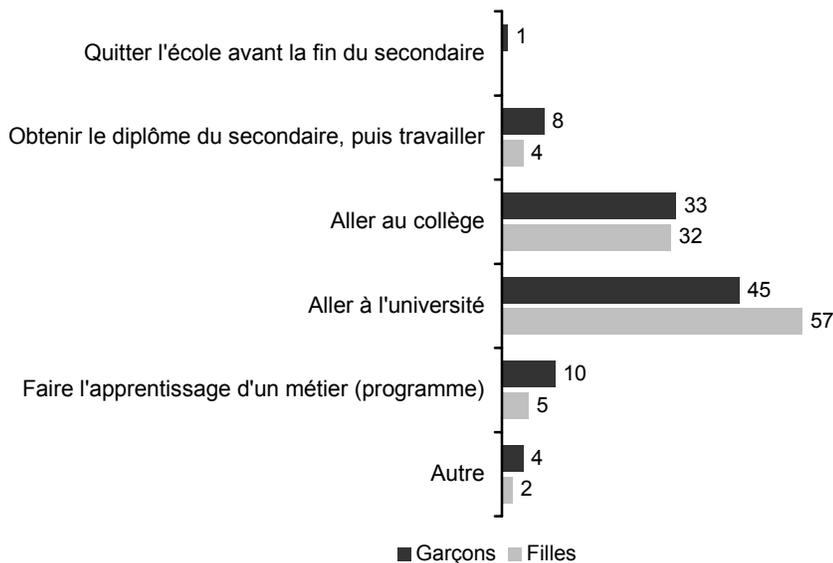
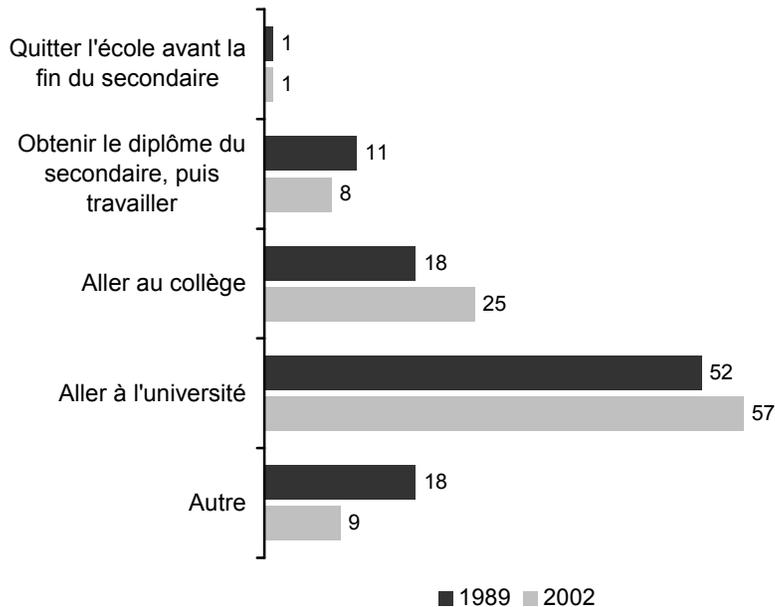


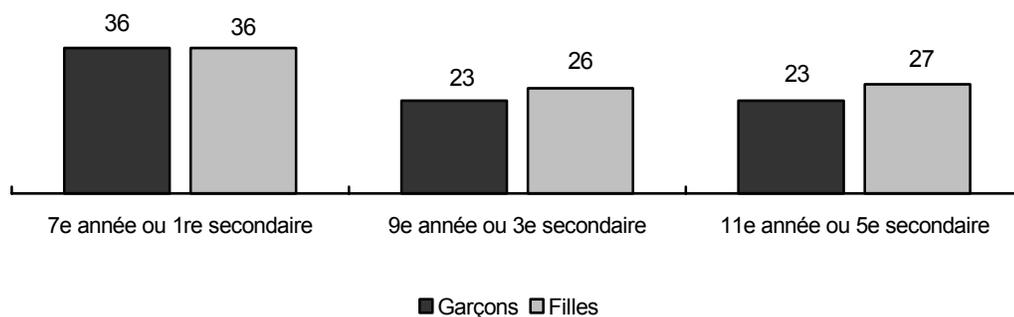
Figure 2C.10 : Objectifs scolaires, selon le sondage (%)



D. Habileté d'adaptation et estime de soi

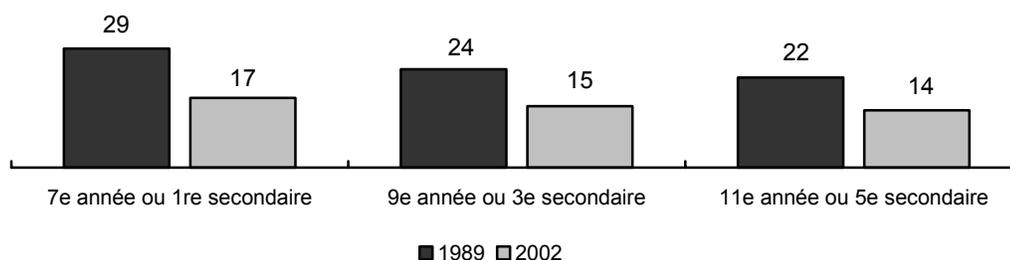
Des chercheurs ont établi un lien entre l'habileté d'adaptation, la confiance en soi et l'estime de soi, d'une part, et les comportements à risque d'autre part (King, Boyce et King, 1999). Ainsi, les croyances religieuses fournissent un moyen d'adaptation lié à une première relation sexuelle (Mott et coll., 1996). La figure 2D.1 illustre le pourcentage d'élèves qui estiment que la religion occupe une grande place dans leur vie. Cette importance décline avec l'âge, pour les garçons comme pour les filles.

Figure 2D.1: « La religion tient une place importante dans ma vie. »
(% tout à fait d'accord et d'accord)



Toutefois, la fréquentation des établissements religieux a diminué, tous âges confondus (figure 2D.2). Par exemple, 29 p. 100 des élèves de 7^e année (1^{re} secondaire) interrogés en 1989 disaient assister une fois par semaine à un service religieux, mais seuls 17 p. 100 ont répondu de même en 2002.

Figure 2D.2 : Élèves fréquentant chaque semaine une église, une mosquée, une synagogue ou tout autre établissement religieux, par année de sondage (%)



Selon Levi (1998), l'habileté d'adaptation, telle l'assurance issue d'un sentiment de confiance et d'efficacité, est liée à la capacité d'un adolescent ou d'une adolescente de résister à la pression qu'exercent les camarades et de prendre une décision qui lui est propre. L'estime de soi est la valeur qu'accorde une personne à ses capacités, à sa personnalité et à ses relations avec autrui. Nous l'avons mesurée selon la réaction envers des énoncés positifs comme : « Je suis content ou contente de ce que je suis. » ou « J'ai confiance en moi. » ainsi qu'à des énoncés négatifs comme « Il m'arrive souvent de regretter une chose que j'ai faite. » ou « Si je le pouvais, je changerais mon apparence physique. » Une réaction positive aux énoncés positifs et une réaction négative aux énoncés négatifs indiquent une bonne estime de soi. Sur une échelle à cinq niveaux, les élèves participant à l'EJSSVS étaient priés d'indiquer leur réaction à l'égard d'énoncés concernant leur assurance. Selon la figure 2D.3, près de 30 p. 100 des élèves de 9e et de 11e années ou 3e et 5e secondaire auraient du mal à refuser quoi que ce soit aux autres. La figure 2D.4 indique les pourcentages d'élèves qui se disent d'accord avec l'énoncé « J'ai confiance en moi. ». Les pourcentages sont globalement élevés, mais les filles sont moins nombreuses que les garçons à démontrer une bonne confiance en elles et c'est en 9e année ou 3e secondaire que la différence est la plus prononcée. Il semble par ailleurs que le niveau de confiance en soi ait diminué entre 1989 et 2002 (figure 2D.5).

Figure 2D.3 : « Il m'est souvent difficile de dire non. »
(% tout à fait d'accord et d'accord)

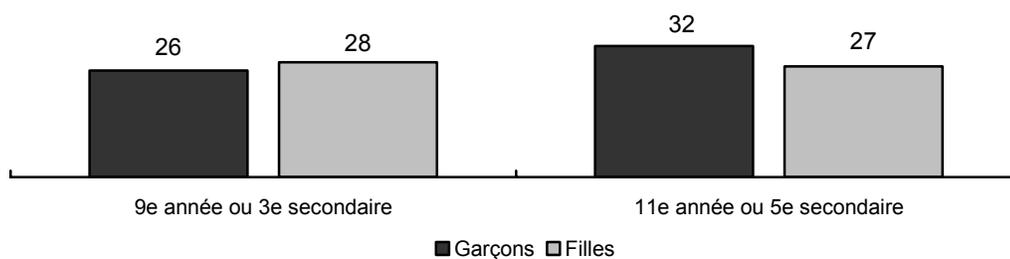
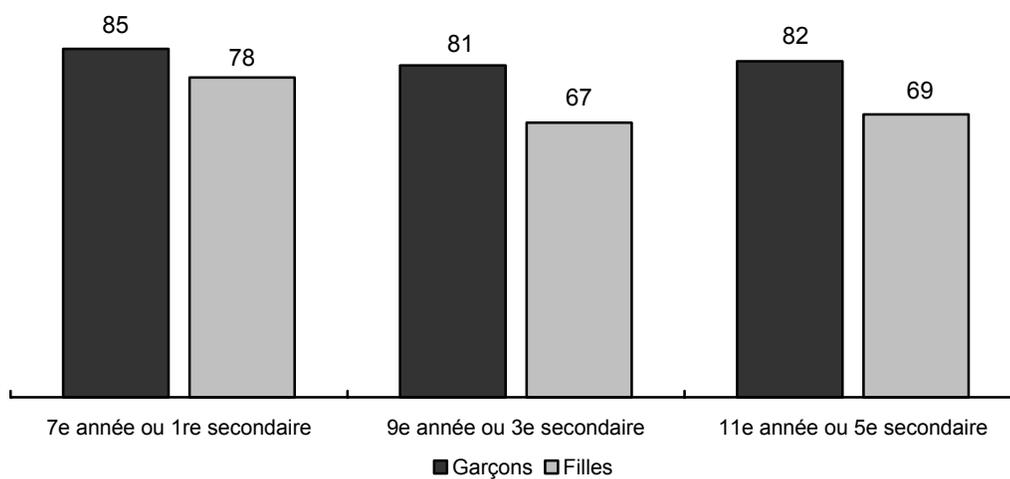
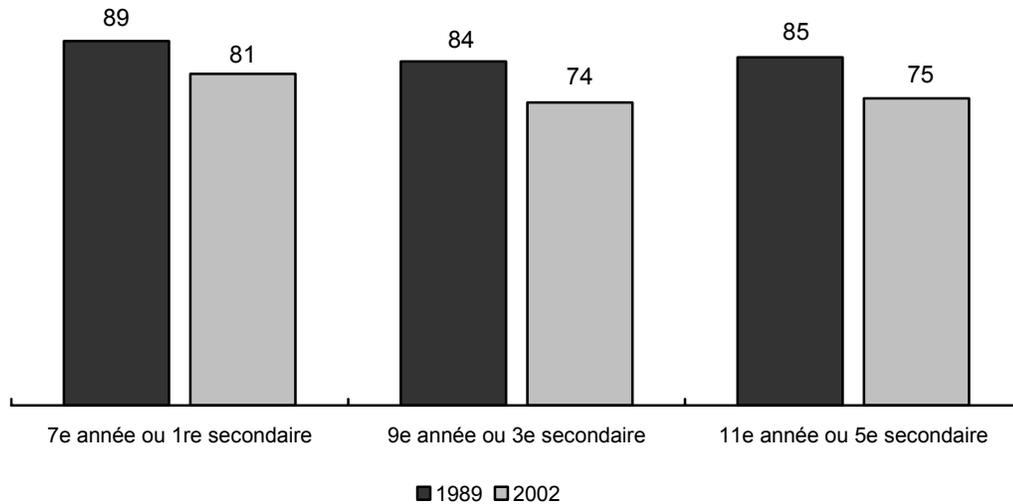


Figure 2D.4 : « J'ai confiance en moi. »
(% tout à fait d'accord et d'accord)

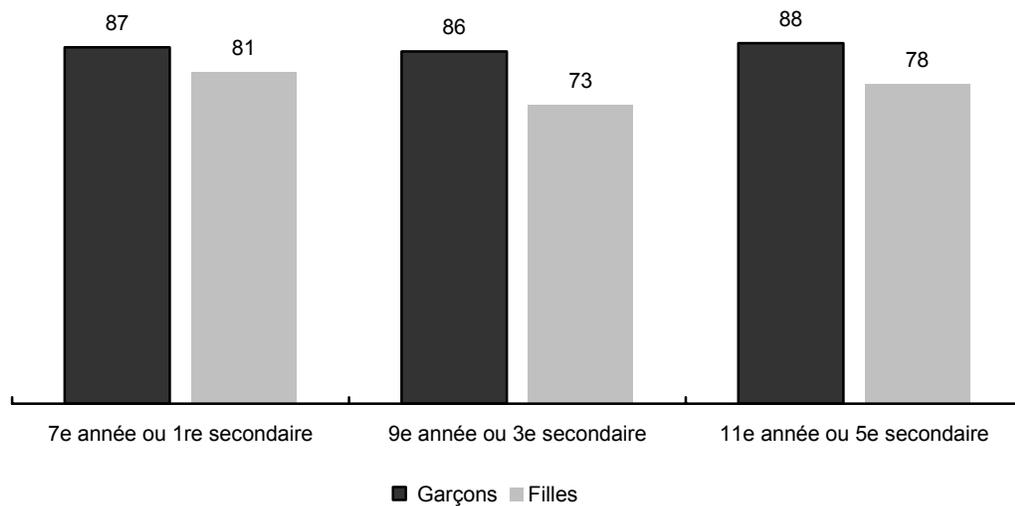


**Figure 2D.5 : « J'ai confiance en moi. » par année de sondage
(% tout à fait d'accord et d'accord)**



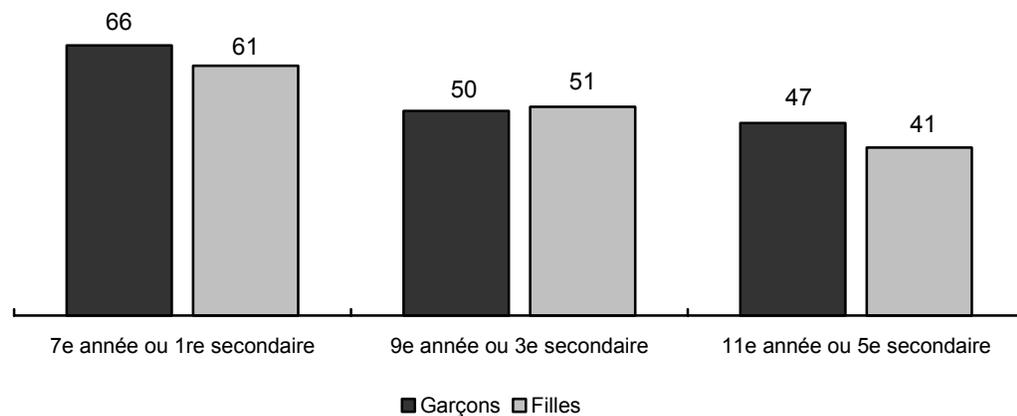
Une bonne estime de soi et une bonne perception de soi peuvent aider les jeunes à traverser les difficiles périodes de transition. De même, l'estime de soi est liée à la capacité d'une personne de maîtriser une sexualité impulsive (Chilman, 1990). C'est pourquoi les élèves étaient priés de répondre à plusieurs questions sur leur estime de soi. Un fort pourcentage semble avoir une bonne opinion d'eux. Les garçons semblent toutefois plus enclins à bien se considérer que les filles, et ce, tous âges confondus (figure 2D.6).

**Figure 2D.6 : « Je suis content-e de ce que je suis. »
(% tout à fait d'accord et d'accord)**



Les regrets et le sentiment de culpabilité sont également associés à l'estime de soi. À ce sujet, la figure 2D.7 révèle que les jeunes élèves sont plus nombreux que les autres – et les garçons plus que les filles – à répondre qu'ils regrettent souvent une chose qu'ils ont faite.

**Figure 2D.7 : « Il m'arrive souvent de regretter une chose que j'ai faite. »
(% tout à fait d'accord et d'accord)**



L'estime de soi est aussi liée à l'image qu'une personne se fait de son corps et au désir de suivre un régime. Pesa (1999) a démontré que les adolescentes nord-américaines qui sont à la diète ont une estime de soi considérablement plus faible que celles qui ne le sont pas. Les chercheurs ont aussi établi un lien entre une pauvre image de son corps et la fréquence des diètes, d'une part, et la dépression d'autre part, chez les adolescentes (Stice et Bearman, 2001) et les adolescents (Koenig et Wasserman, 1995). Pour les besoins de l'EJSSVS, les jeunes étaient invités à évaluer leur apparence générale (figure 2D.8). En règle générale, les élèves de 9^e année ou de 3^e secondaire sont plus nombreux à être satisfaits de leur apparence. Les garçons dépassent légèrement les filles en nombre à cet égard. Selon la figure 2D.9, les filles sont nettement plus nombreuses que les garçons à souhaiter pouvoir modifier leur apparence, tous âges confondus.

Figure 2D.8 : Élèves se considérant très ou plutôt beaux ou belles (%)

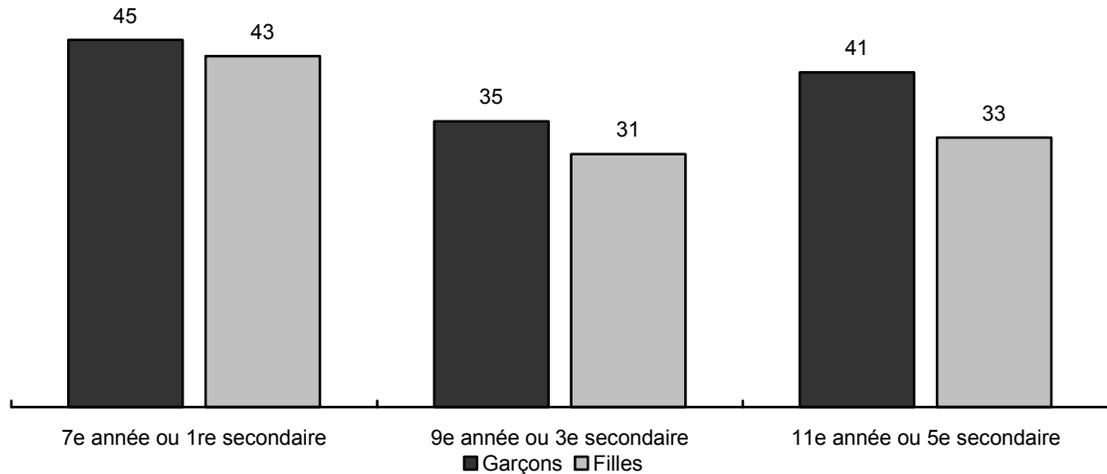
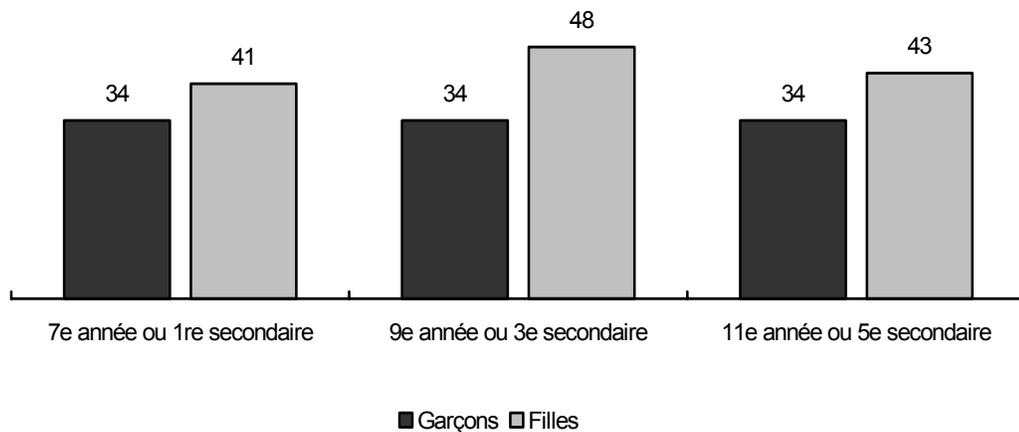


Figure 2D.9 : Élèves souhaitant modifier leur apparence (% tout à fait d'accord et d'accord)



Selon la figure 2D.10, les filles sont plus nombreuses que les garçons à suivre une diète pour perdre du poids, surtout parmi les plus âgées. Et même lorsqu'elles ne sont pas à la diète, les filles sont plus nombreuses à estimer avoir besoin de perdre du poids (figure 2D.11).

Figure 2D.10 : Élèves suivant un régime amaigrissant (%)

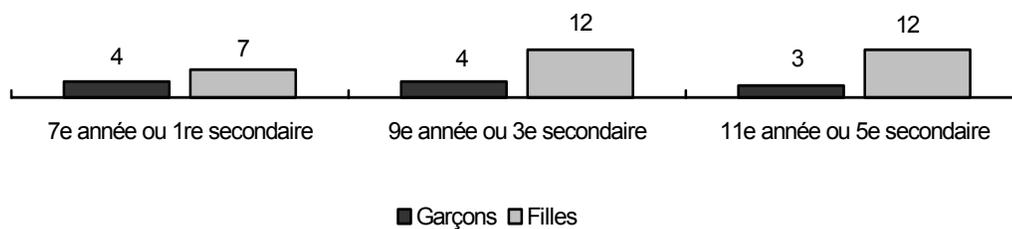
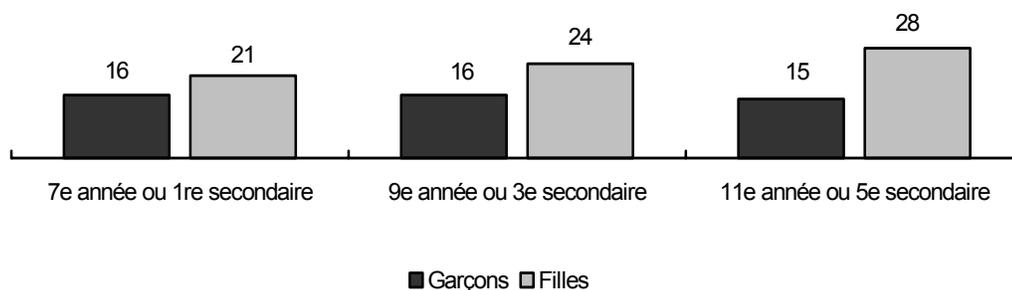


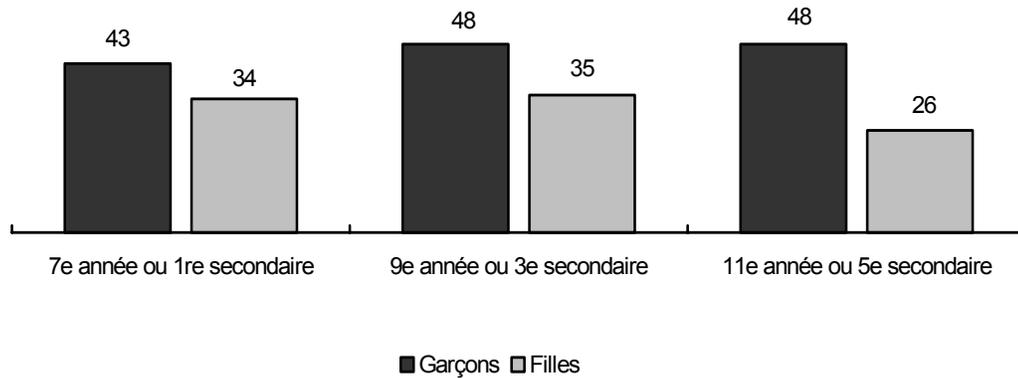
Figure 2D.11 : Élèves qui estiment avoir besoin de maigrir mais ne sont pas à la diète (%)



E. Comportements dangereux

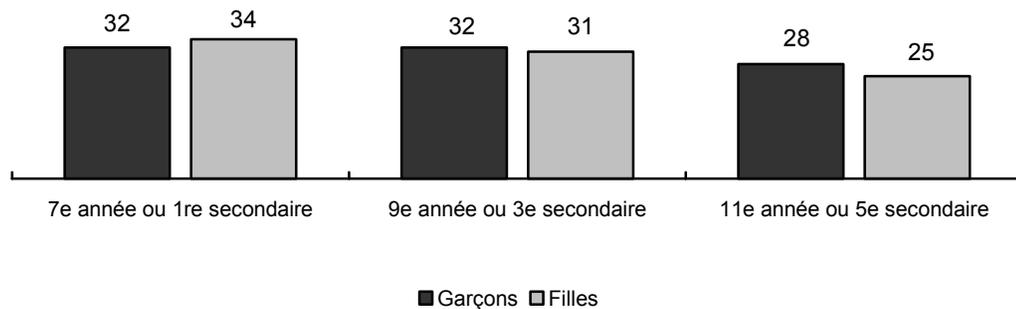
La recherche montre que les comportements sexuels très risqués sont étroitement liés aux comportements antisociaux, à l'usage illicite de drogues, à la consommation d'alcool et au tabagisme (Biglan et coll., 1990). Le harcèlement est un exemple de comportement antisocial. À cet égard, des différences entre les sexes se font jour, au terme de l'EJSSVS, les garçons étant plus nombreux que les filles à harceler d'autres élèves au moins une fois par deux mois (figure 2E.1). En outre, plus les garçons avancent en âge et plus ils font du harcèlement, au contraire de ce qui se passe chez les filles.

Figure 2E.1 : Élèves qui ont dit en avoir harcelé d'autres dans les deux mois précédents (%)



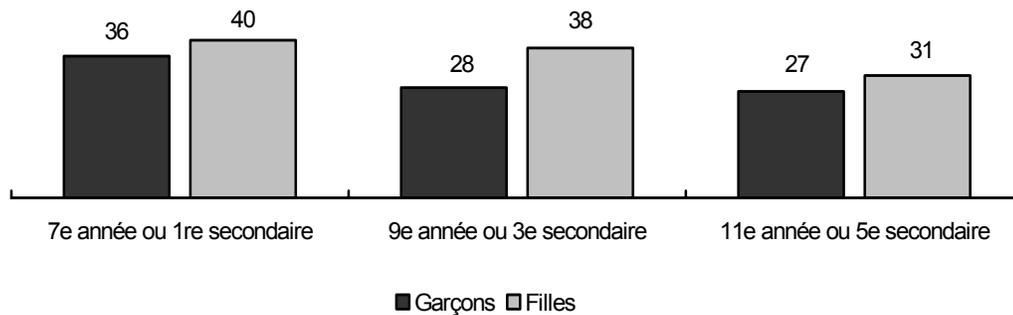
Les élèves victimes de harcèlement peuvent avoir du mal à établir des liens dans le milieu scolaire (Biglan et coll., 1990; Foust, 1999). Les figures 2E.2 à 2E.4 brossent un portrait de ces expériences. Un quart à un tiers des élèves disent être l'objet de moqueries au moins une fois par deux mois à cause de leur apparence ou de leur façon de parler (figure 2E.2).

Figure 2E.2 : Élèves qui ont été victimes de moqueries au cours des deux mois précédents, étant donné leur apparence ou leur façon de parler (%)



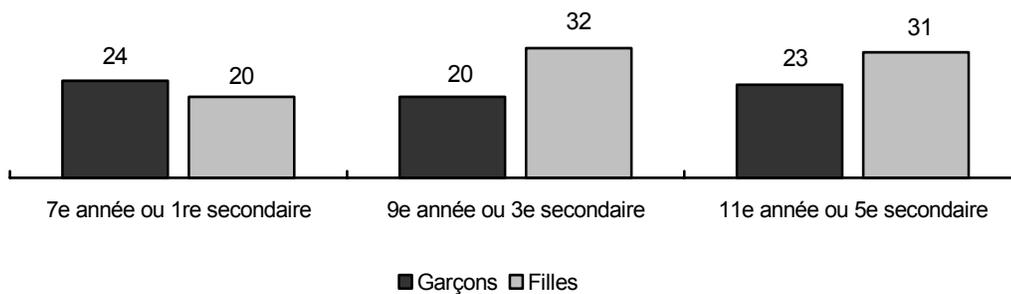
Dans le contexte de la santé sexuelle, le harcèlement consiste aussi à mentir méchamment ou à répandre des rumeurs (figure 2E.3). Les filles sont un peu plus nombreuses que les garçons à se plaindre de rumeurs répandues à leur sujet au cours d'une période de deux mois, mais la plupart ne font état que d'un ou deux incidents du genre. Cependant, 3 p. 100 des élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire disent expérimenter cette forme de harcèlement plusieurs fois par semaine.

Figure 2E.3 : Élèves se plaignant de rumeurs ou de méchancetés répandues à leur sujet au cours des deux mois précédents (%)



Les blagues, commentaires ou gestes à caractère sexuel sont parfois une forme douloureuse de harcèlement pour les adolescents et les adolescentes. À la différence d'autres formes, les blagues et gestes à caractère sexuel sont beaucoup plus fréquents chez les filles en 9^e année ou 3^e secondaire qu'en 7^e année ou 1^{re} secondaire (figure 2E.4).

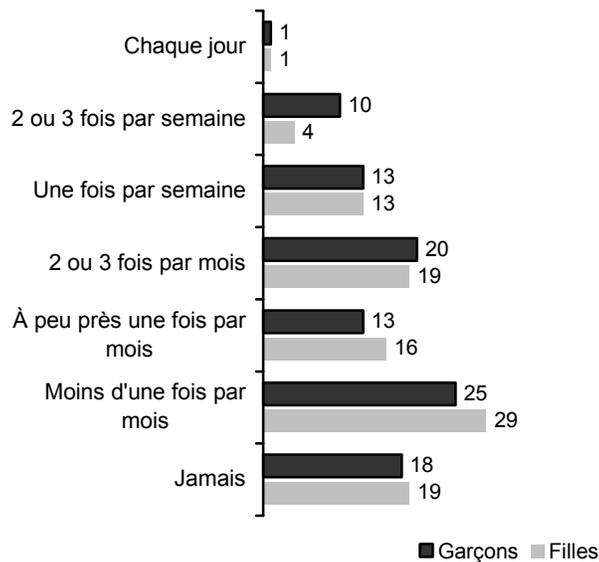
Figure 2E.4 : Élèves victimes de blagues, de remarques ou de gestes à caractère sexuel au cours des deux mois précédents (%)



F. Comportements dangereux pour la santé

Quelques questions portaient sur des comportements dangereux pour la santé, soit la consommation d'alcool ou de drogues, le tabagisme et le perçage corporel. La consommation régulière d'alcool est plus fréquente chez les garçons que chez les filles (figure 2F.1). Ainsi, 24 p. 100 des garçons de 11^e année ou 5^e secondaire, contre 18 p. 100 de filles boivent une fois par mois ou plus.

Figure 2F.1 : Fréquence de la consommation d'alcool, 11^e année ou 5^e secondaire (%)



Les élèves étaient invités à dire à quel âge ils et elles ont bu de l'alcool pour la première fois. Une majorité d'élèves de 11^e année ou 5^e secondaire ont indiqué l'avoir fait entre 12 et 15 ans (figure 2F.2). Il faut toutefois souligner qu'environ 18 p. 100 des élèves de ce groupe d'âge plus élevé disent n'avoir jamais consommé d'alcool. L'ivresse est un comportement dangereux, dont les répercussions sur la santé des adolescentes et des adolescents sont plus graves que le seul fait de consommer de l'alcool. Plus de la moitié des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire disent s'être enivrés pour la première fois entre 12 et 15 ans (figure 2F.3). Cependant, près du tiers des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire disent ne s'être jamais enivrés.

Figure 2F.2 : Âge de la première consommation d'alcool, 11e année ou 5e secondaire (%)

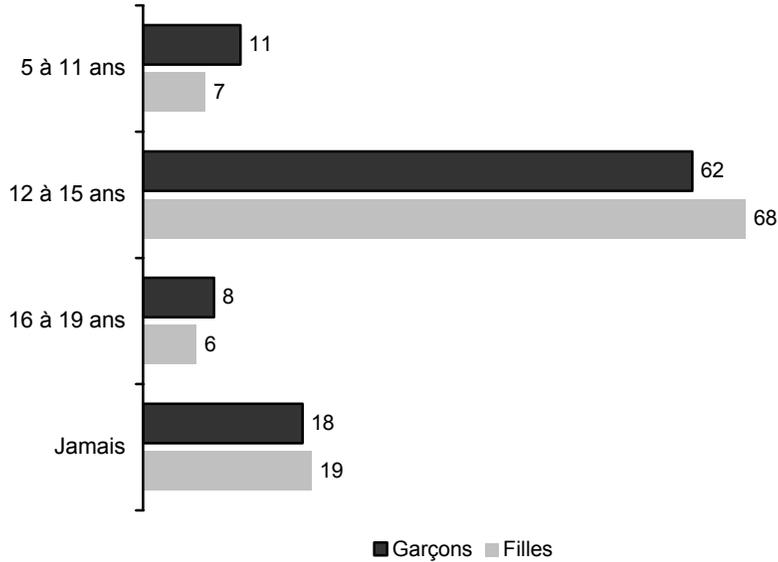
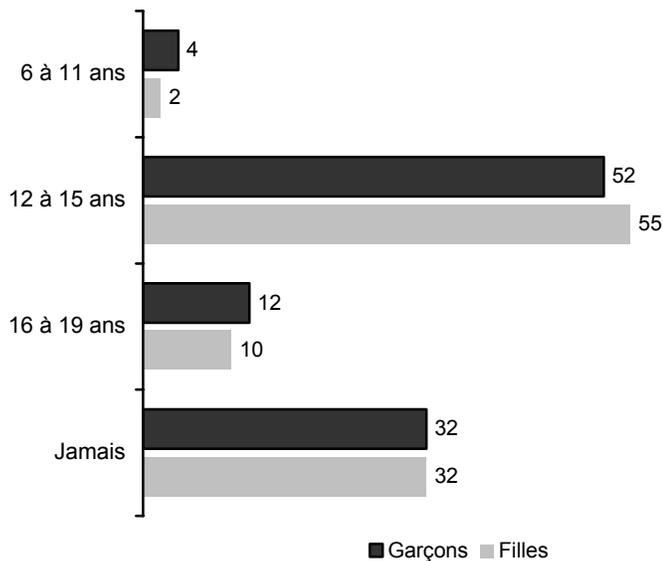
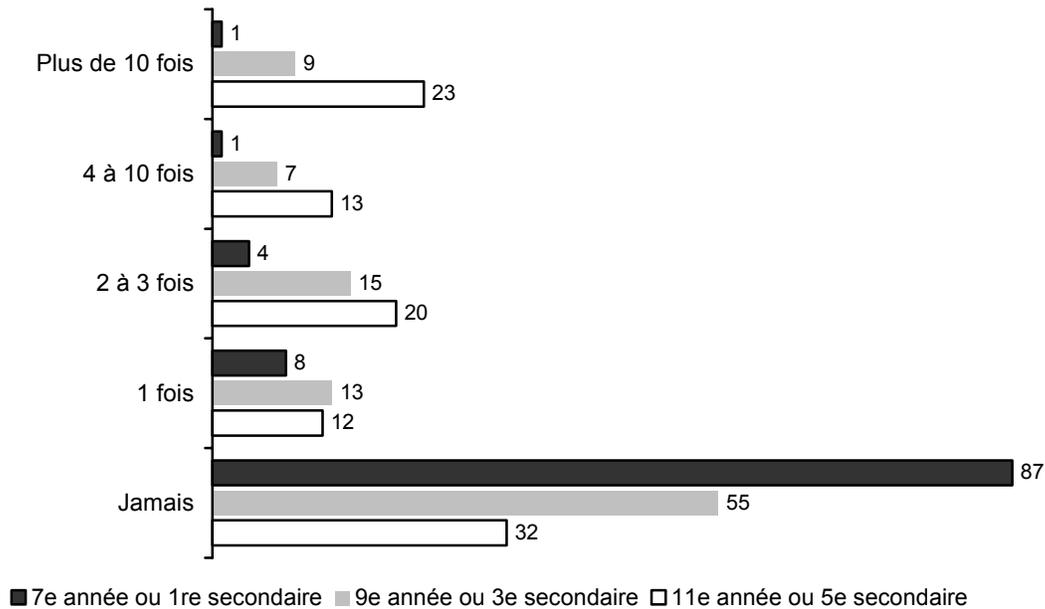


Figure 2F.3 : Âge du premier enivrement, 11e année ou 5e secondaire (%)



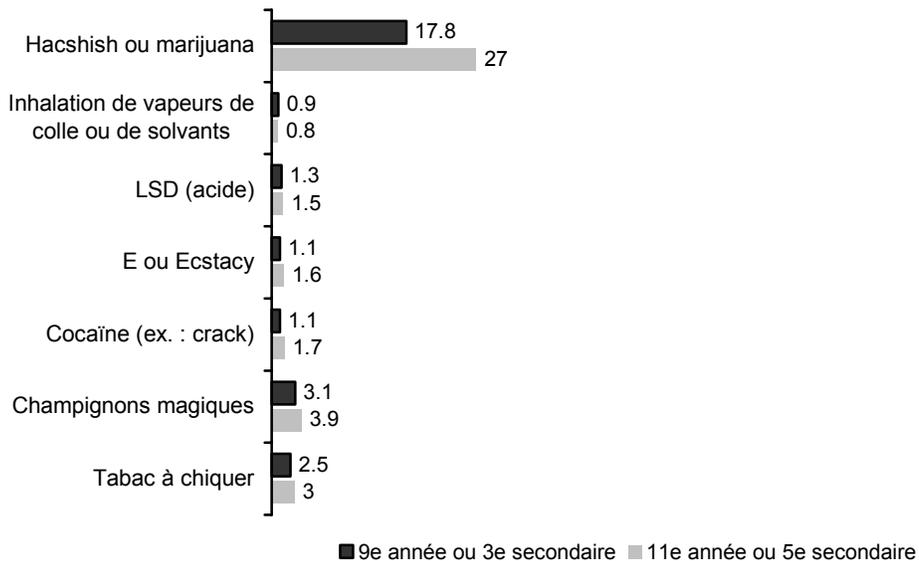
Il n'est pas rare que les jeunes se soient enivrés une seule fois. De toute façon, c'est la fréquence de ce comportement qui est un facteur de risque. En 7^e année ou 1^{re} secondaire, seuls 6 p. 100 des élèves disent s'être enivrés plus d'une fois, En 11^e année ou 5^e secondaire, ce chiffre passe à 56 p. 100 (figure 2F.4).

Figure 2F.4 : Fréquence d'enivrement (%)



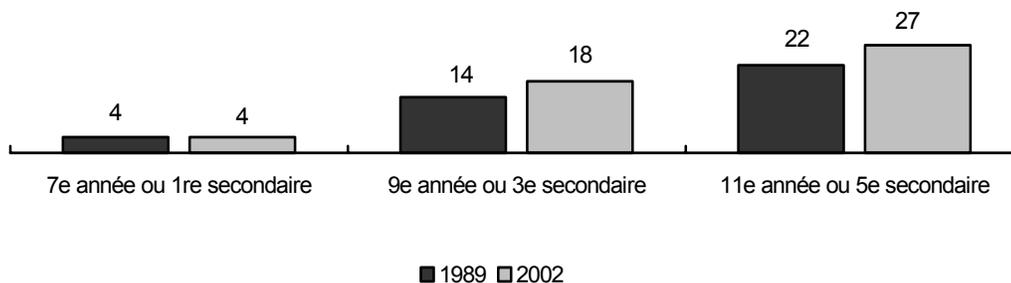
L'usage régulier de marijuana et de hachisch par les élèves est plus fréquent que l'usage de toute autre substance toxicomanogène. La fréquence augmente d'ailleurs considérablement avec l'âge (figure 2F.5).

Figure 2F.5 : Consommation de drogues au moins une fois par mois (%)



L'augmentation de l'usage de hachisch et de marijuana avec le temps est manifeste (figure 2F.6). Ainsi, 27 p. 100 des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire ont dit consommer ces drogues au moins une fois par mois en 2002, contre 22 p. 100 en 1989.

Figure 2F.6 : Élèves consommant du hachish ou de la marijuana au moins une fois par mois, par sondage (%)



Les tendances relatives au tabagisme pourraient être indicatrices d'un usage futur d'autres substances. Or, on constate que 28 p. 100 des garçons et 23 p. 100 des filles de 7^e année ou 1^{re} secondaire ont essayé de fumer. En 11^e année ou 5^e secondaire, environ 65 p. 100 de tous les élèves disent avoir fait cette expérience (figure 2F.7). En 11^e année ou 5^e secondaire, 18 p. 100 des élèves disent fumer tous les jours (figure 2F.8).

Figure 2F.7 : Élèves ayant déjà fumé (%)

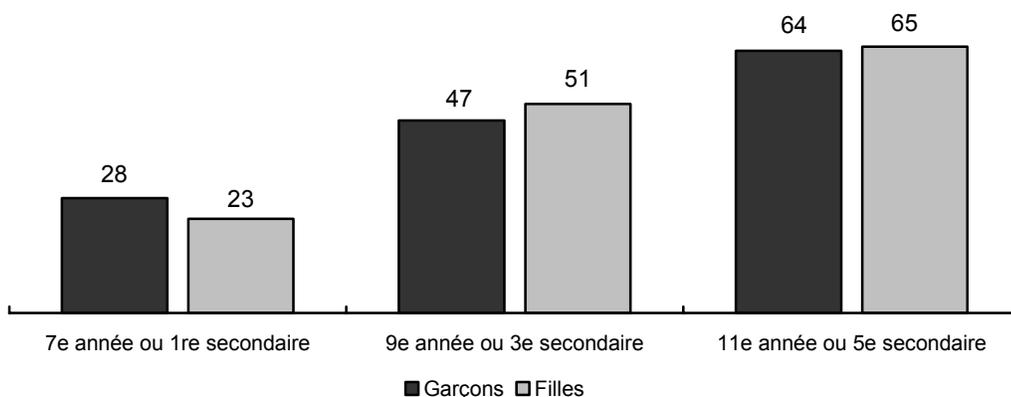
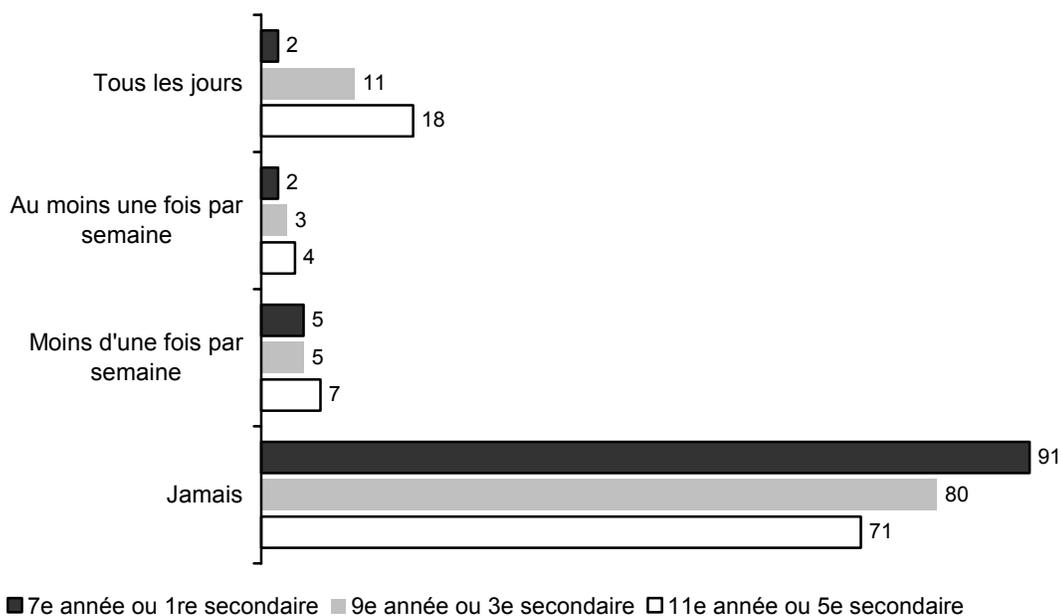


Figure 2F.8 : Fréquence du tabagisme (%)



Le perçage corporel et le tatouage font partie des comportements dangereux, pouvant provoquer une infection ou faciliter la transmission de maladies véhiculées par le sang. Le perçage (d'endroits autres que les oreilles) est plus courant chez les filles que chez les garçons. Et les filles plus âgées sont légèrement plus nombreuses que les garçons à faire état de tatouages (figures 2F.9 et 2F.10).

Figure 2F.9 : Élèves ayant fait percer un endroit de leur corps autre que les oreilles (%)

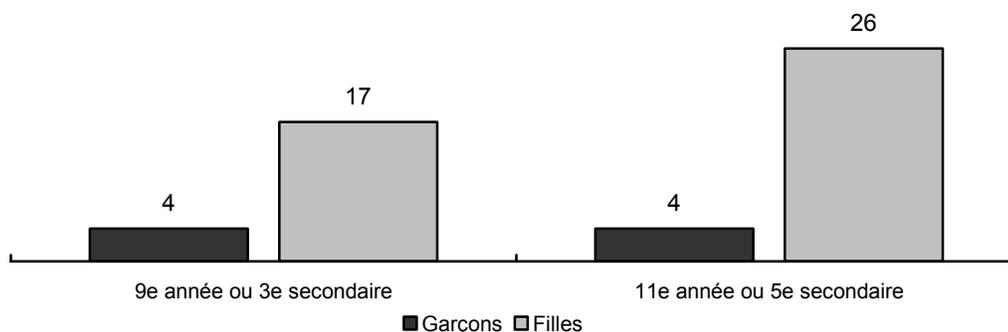
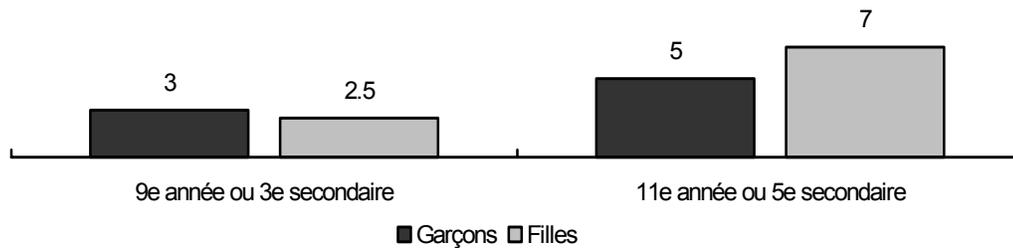


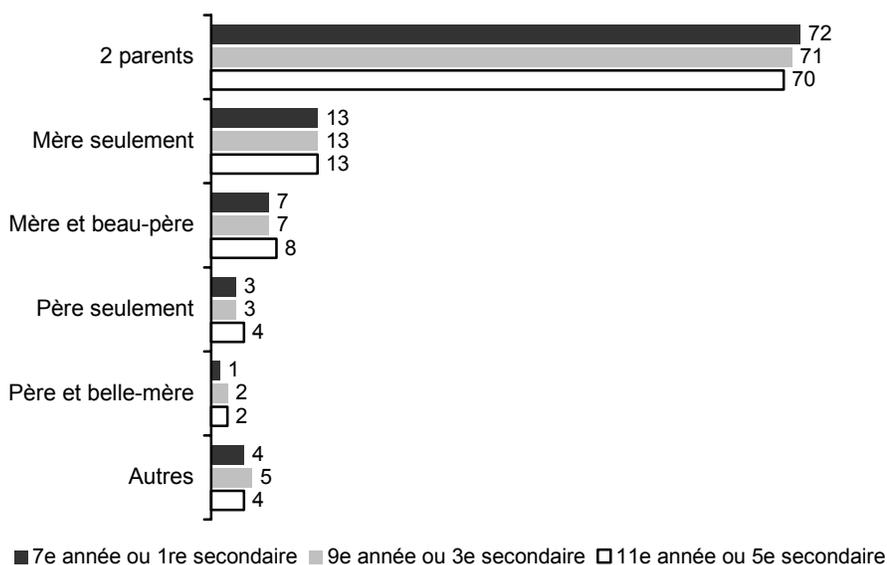
Figure 2F.10 : Élèves ayant des tatouages permanents (%)



6. Structure et relations familiales

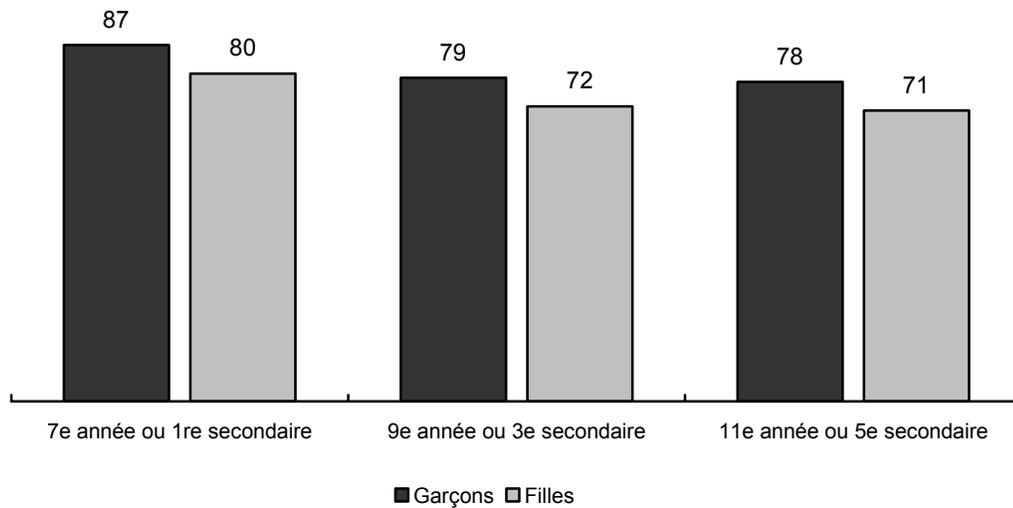
La structure et les relations familiales sont étroitement corrélées avec la santé psychologique et physique des jeunes (Kotchik et coll., 2001; Turner et coll., 1993). Les adolescents et adolescentes qui ne se sentent pas proches de leurs parents ou qui sont de famille monoparentale risquent plus de souffrir de troubles affectifs et d'adopter des comportements dangereux comme le tabagisme et la consommation de drogues (King, Boyce et King, 1999). Dans le cadre de l'EJSSVS, les élèves étaient priés de répertorier tous les adultes avec lesquels ils vivent (figure 2G.1). Plus de 70 p. 100 des élèves, tous âges confondus, ont répondu qu'ils et elles vivent avec leurs deux parents. Les élèves qui ne vivent pas avec les deux vivent en général avec leur mère seule.

Figure 2G.1 : Conditions de logement (%)



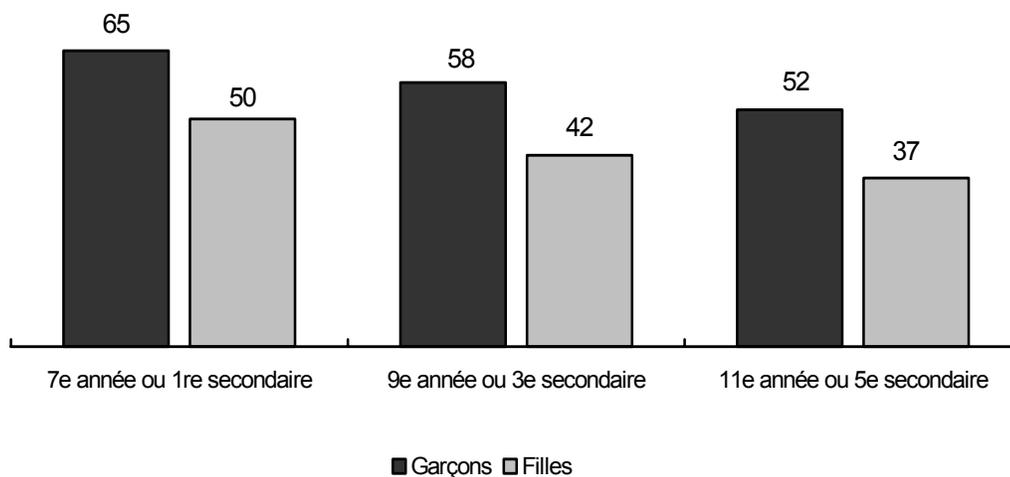
À la question sur leur satisfaction globale à l'égard de leur milieu familial (figure 2G.2), plus des trois quarts des élèves ont répondu vivre dans une famille heureuse, mais ce chiffre tend à diminuer légèrement avec l'âge.

Figure 2G.2 : « Je demeure dans une famille heureuse. »
(% tout à fait d'accord et d'accord)



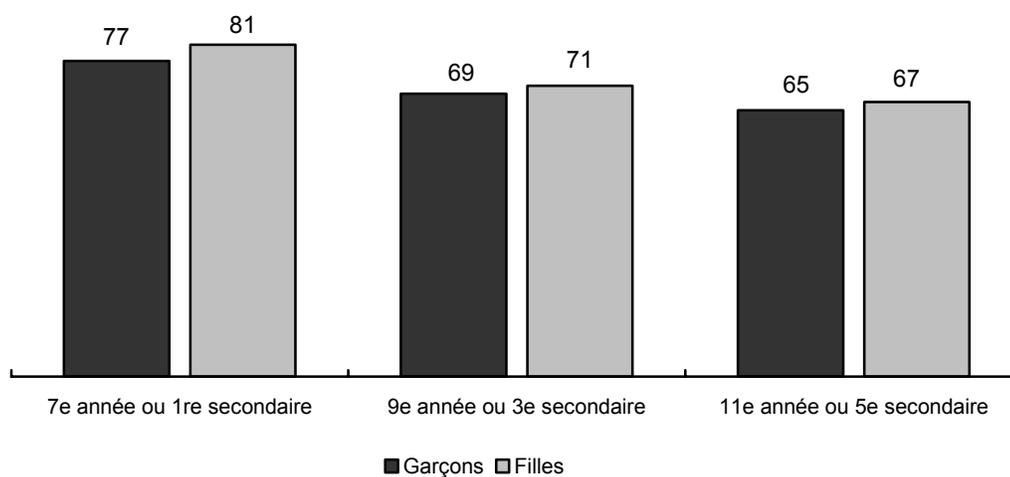
La qualité des relations avec les parents peut aussi influencer sur la santé sexuelle des jeunes. L'insuffisance du soutien familial et la dépression qui en résulte chez les jeunes filles ont été liées au fait d'avoir des amis sexuellement actifs (Feldman et Brown, 1993; Whitbeck, Conger et Kao, 1993). C'est pourquoi les élèves participant à l'EJSSVS devaient indiquer s'il leur était facile de parler avec des membres de la famille et leurs camarades de ce qui les inquiète vraiment. La figure 2G.3 montre que les filles plus âgées ont plus de mal à s'entretenir de ces préoccupations avec leur père.

Figure 2G.3 : Élèves qui parlent facilement ou très facilement à leur père de leurs préoccupations réelles (%)



En règle générale, les élèves sont plus nombreux à pouvoir parler à leur mère de ce qui les préoccupe vraiment (figure 2G.4), et il y a moins de différences entre les sexes à cet égard.

Figure 2G.4 : Élèves qui parlent facilement ou très facilement à leur mère de leurs préoccupations réelles (%)



La facilité avec laquelle les parents peuvent discuter de sexualité avec les jeunes pourrait être indicatrice de l'intimité et de la confiance au sein de la famille. Les élèves étaient donc invités à dire s'il leur est facile de parler de sexualité avec leurs parents (figures 2G.5 et 2G.6). Les garçons sont plus nombreux que les filles,

tous âges confondus, à dire qu'ils peuvent le faire avec leur père. On constate sans surprise que les filles sont plus nombreuses à pouvoir en parler avec leur mère.

Figure 2G.5 : « Je peux parler de sexualité en toute franchise avec mon père. » (% tout à fait d'accord et d'accord)

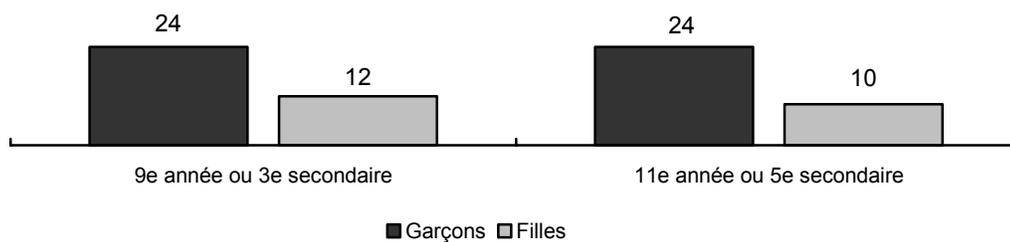
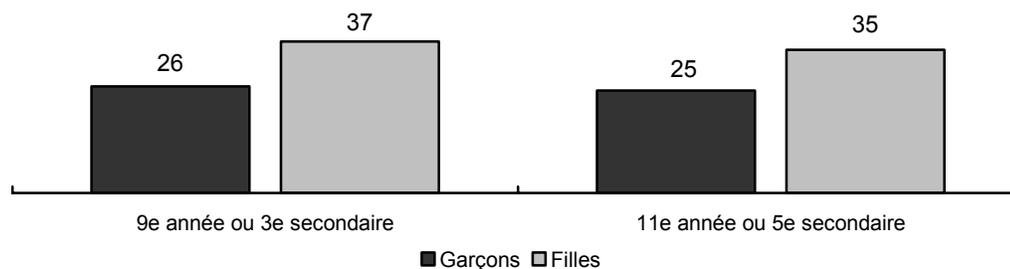


Figure 2G.6 : « Je peux parler de sexualité en toute franchise avec ma mère. » (% tout à fait d'accord et d'accord)



La permissivité ou la rigueur des parents (Jemmott et Jemmott, 1992) étaient l'objet d'une question visant à sonder la perception qu'ont les élèves de ce que pensent leurs parents de leurs fréquentations (figures 2G.7 et

2G.8). Les filles sont moins nombreuses que les garçons à dire que leur père accepte qu'elles sortent avec quelqu'un. Les mères semblent plus en faveur que les pères de voir leur fille fréquenter une autre personne.

Figure 2G.7 : « Mon père pense qu'il est important que je sorte avec des garçons ou des filles. »
(% tout à fait d'accord et d'accord)

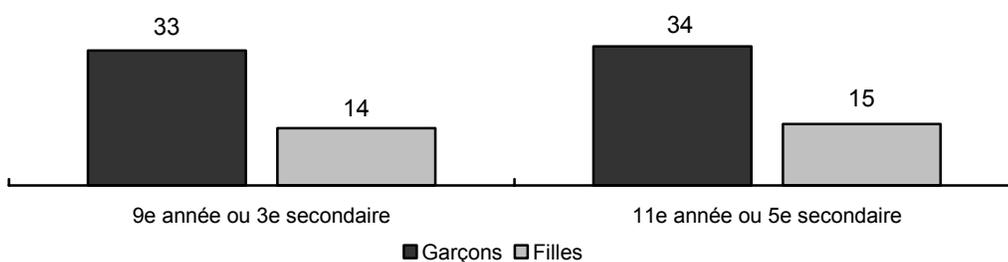
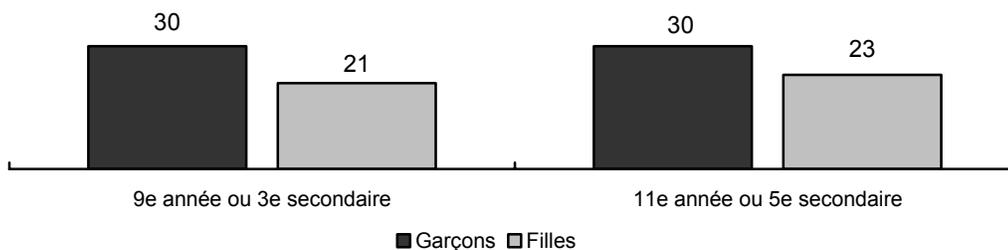


Figure 2G.8 : « Ma mère pense qu'il est important que je sorte avec des garçons ou des filles. »
(% tout à fait d'accord et d'accord)



H. Les camarades

Les jeunes partagent avec leurs camarades des valeurs qui influent sur leur comportement. Biglan et ses collaborateurs (1990) ont découvert que les jeunes dont les camarades adoptent des comportements dangereux risquent plus que les autres d'avoir des comportements risqués en matière de sexualité. Les élèves participant à l'EJSSVS étaient donc invités à choisir, parmi une liste d'activités et de qualités, celles qu'ils croyaient de nature à améliorer la popularité des élèves à l'école (figures 2H.1 et 2H.2). Pour plus de 75 p. 100 des élèves, la fréquentation de la bonne bande, le fait d'avoir belle apparence et une bonne personnalité sont autant de façons de devenir populaire. Par contre, le fait d'avoir un petit ami ou une petite amie, de bonnes notes ou un talent artistique paraît moins important à cet égard. Qui plus est, des pourcentages substantiels de jeunes disent que le fait de courir les soirées et d'être rebelle sont aussi des façons de gagner en popularité.

Figure 2H.1 : « Comment une personne de ton âge devient-elle populaire à l'école? »

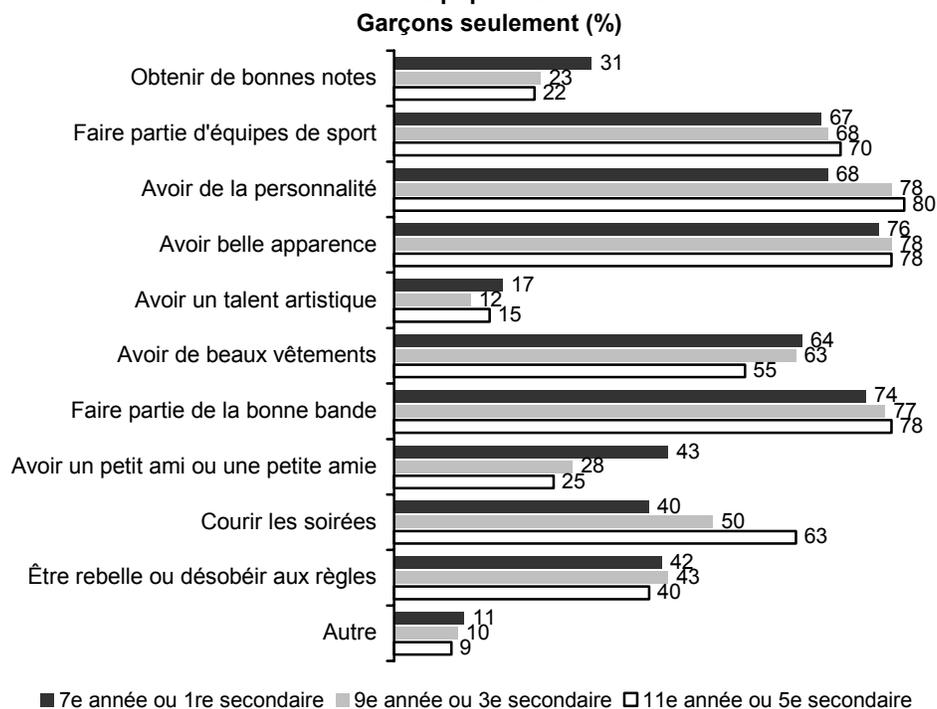
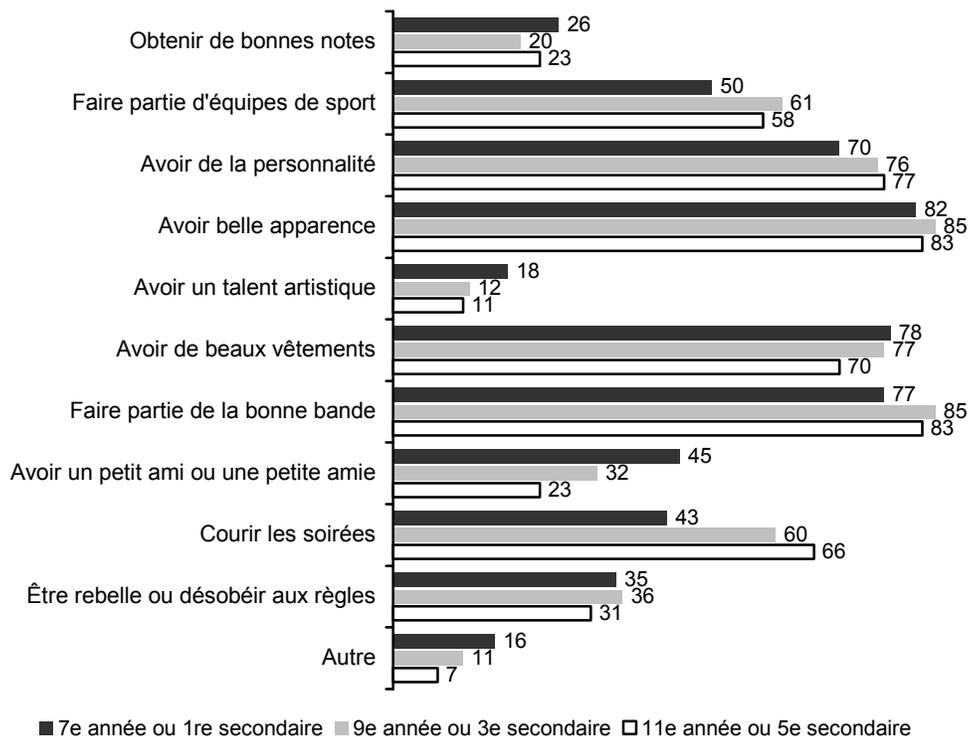


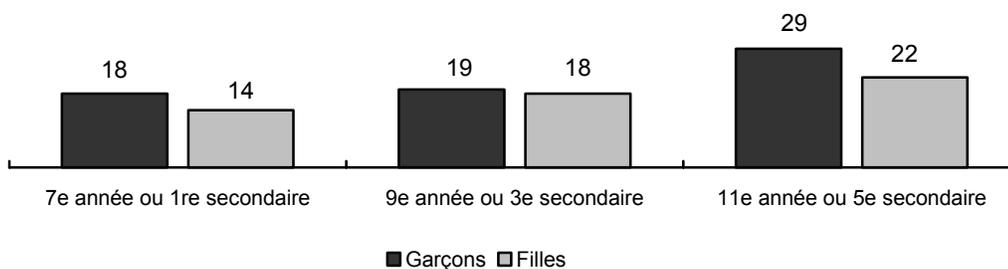
Figure 2H.2 : « Comment une personne de ton âge devient-elle populaire à l'école? »

Filles seulement (%)



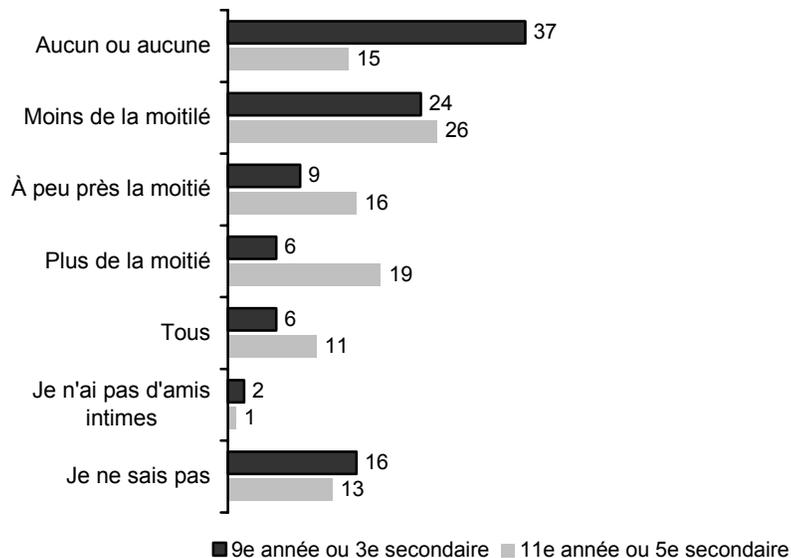
Au total, les élèves les plus âgés, et surtout les garçons, disent passer la majeure partie de leur temps à courir les soirées (figure 2H.3).

Figure 2H.3 : « Je passe la plus grande partie de mon temps à courir les soirées. »
(% tout à fait d'accord et d'accord)



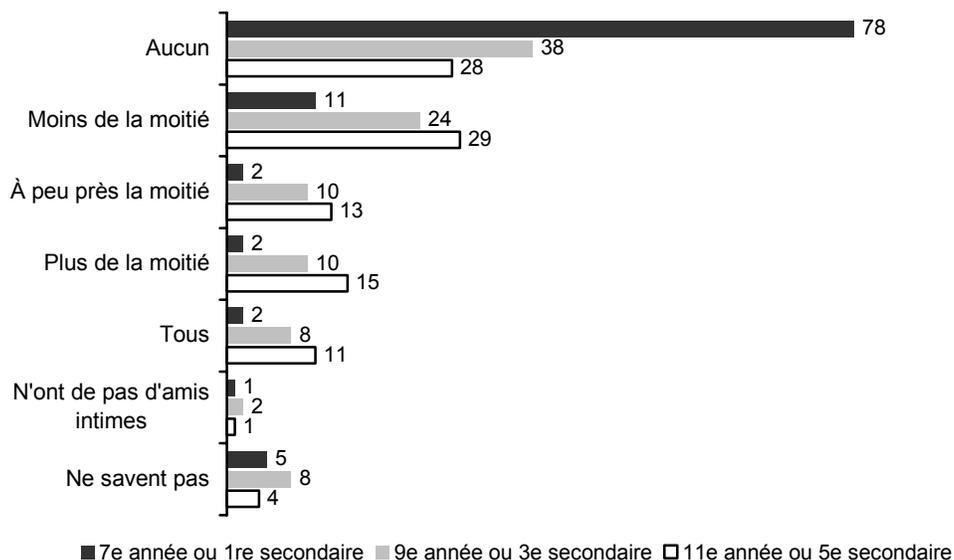
Les élèves ont été interrogés en outre sur les comportements et les valeurs normatifs qu'ils ont en commun, par exemple l'activité sexuelle de leurs amis. La figure 2H.4 décrit les perceptions qu'ont les élèves de l'activité sexuelle de leurs camarades en 9^e et 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire. Les plus vieux sont plus nombreux à croire que leurs amis ont eu des expériences sexuelles.

Figure 2H.4 : Élèves croyant que leurs amis ont eu des relations sexuelles (%)



L'importance accordée à la drogue et la consommation de drogues avec des camarades peut accroître les risques qui menacent la santé sexuelle des adolescents et adolescentes (Biglan et coll., 1990). Nous avons donc demandé aux élèves participant à l'EJSSVS d'indiquer le pourcentage de leurs amis dont ils croyaient qu'ils consommaient des drogues pour s'évader. Il y a peu de différence entre les sexes, mais davantage entre groupes d'âge. De fait, 26 p. 100 des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire et 18 p. 100 des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire rapportent que plus de la moitié de leurs amis consomment des drogues pour s'évader (figure 2H.5).

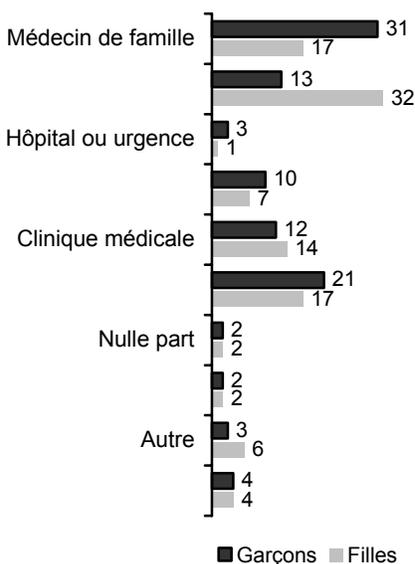
Figure 2H.5 : Élèves croyant que leurs amis intimes se droguent pour s'évader (%)



I. Services de santé et services d'éducation

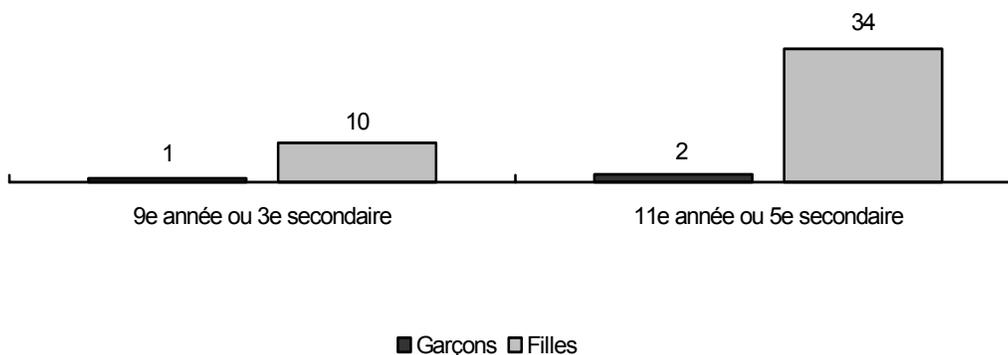
Les services de santé et les services d'éducation font partie des structures sociales qui peuvent influencer sur le comportement sexuel des adolescents et des adolescentes en les informant. Toutefois, les adolescentes et adolescents qui sont informés des risques associés aux relations sexuelles non protégées ne mettent pas tous leurs connaissances en pratique dans le choix de leur comportement sexuel. Dans le cadre de l'EJSSVS, les élèves étaient donc invités à dire à qui ils demanderaient conseil s'ils croyaient avoir une maladie transmissible sexuellement (figure 2I.1). Les choix les plus populaires des filles de 11^e année ou 5^e secondaire sont les amis (32 p. 100), les parents (17 p. 100) et le médecin de famille (17 p. 100). Chez les garçons, les choix sont : le médecin de famille (31 p. 100) et les parents (21 p. 100). Seuls 13 p. 100 des garçons ont placé leurs amis au premier rang des personnes à qui demander conseil s'ils avaient une ITS.

Figure 2I.1 : « Si tu pensais avoir attrapé une MTS, à qui en parlerais-tu en premier? », 11e année ou 5e secondaire (%)



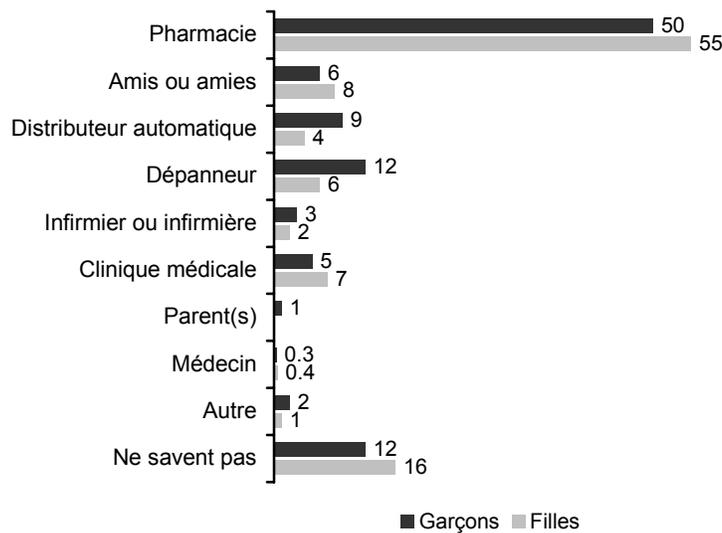
Le recours régulier aux services de santé peut prévenir une mauvaise santé sexuelle ou tout au moins permettre le traitement de problèmes de santé particuliers. Plus de la moitié des élèves de 9^e et de 11^e années (3^e ou 5^e secondaire) avaient consulté un médecin ou s'étaient rendus dans une clinique pour un examen de routine au cours des 12 mois précédant le sondage. Toutefois, seules 34 p. 100 des filles de 11^e année ou 5^e secondaire avait consulté un médecin au cours de cette même période pour des raisons liées à la contraception ou à la grossesse et 2 p. 100 des garçons avaient fait la même chose (figure 2I.2). Les élèves avaient été beaucoup moins nombreux (moins de 3 p. 100 des filles et moins de 1 p. 100 des garçons) à consulter un médecin pour le dépistage ou le traitement d'une infection transmissible sexuellement pendant cette période.

Figure 2I.2 : Élèves s'étant adressé à un médecin ou à une clinique au sujet de la contraception ou d'une grossesse dans les 12 mois précédents (%)



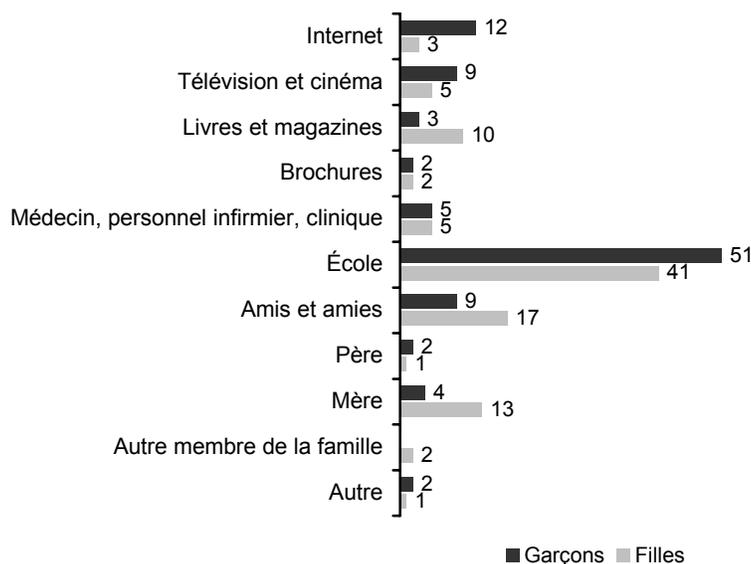
L'insuffisance des connaissances sur le condom ou l'inaccessibilité des préservatifs peuvent influencer sur les comportements et la santé sexuels des adolescentes et des adolescents. La figure 2I.3 résume les réponses fournies par les élèves de 11^e année ou de 5^e secondaire à une question sur le moyen le plus probable de se procurer des condoms. Les différences entre sexes et entre groupes d'âge sont manifestes. Les élèves les plus vieux sont beaucoup plus nombreux à choisir la pharmacie ou le dépanneur. De 12 à 16 p. 100 des élèves déclarent ne pas savoir où les jeunes se procurent le plus probablement des condoms.

Figure 2I.3 : « Comment les jeunes préfèrent-ils se procurer des condoms? », 11^e année ou 5^e secondaire (%)



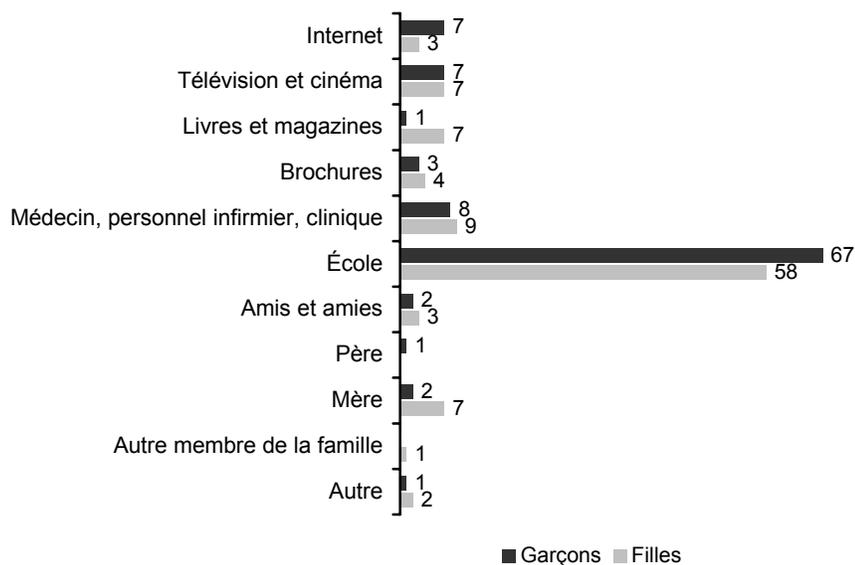
King et Wright (1993) avancent que les parents dissuadent peut-être les jeunes de trouver les connaissances pertinentes afin de les dissuader d'avoir des activités sexuelles. La figure 2I.4 dresse la liste des principales sources d'information sur la santé sexuelle des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire. Pour la plupart, c'est l'école qui est la principale source d'information. De fait, plus de 45 p. 100 de tous les élèves de 9^e année ou 3^e secondaire font ce choix. Les filles sont beaucoup plus nombreuses à désigner leur mère et leurs amies comme principale source d'information sur la sexualité humaine. Les garçons sont plus nombreux à tirer la majeure partie de leur information d'Internet, d'émissions de télé et de films.

Figure 2I.4 : Principale source d'information sur la sexualité humaine, la puberté et la contraception, 9e année ou 3e secondaire (%)



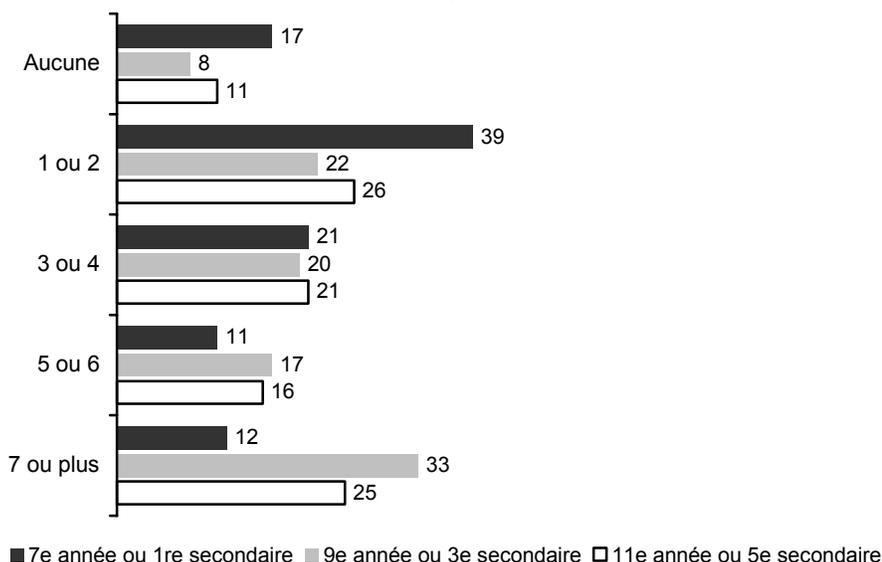
De même, la majeure partie des élèves disent s'informer du VIH et du sida à l'école plus qu'ailleurs (figure 2I.5).

Figure 2I.5 : Principale source d'information sur le VIH et le sida, 9e année ou 3e secondaire (%)



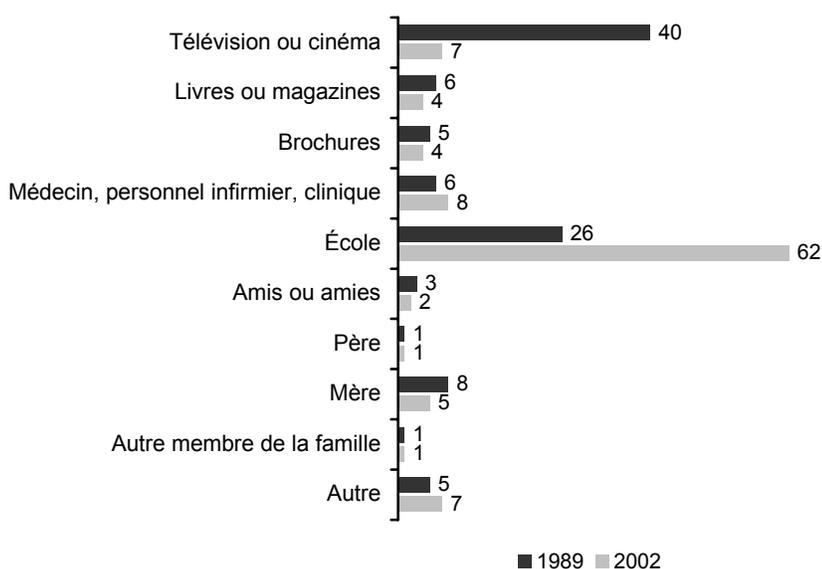
Invités à indiquer le nombre d'heures de classe qui ont été consacrées à l'information sur la sexualité, la puberté et la contraception au cours des deux années scolaires précédentes, les élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire ont été plus de 50 p. 100 (figure 2I.6) à répondre deux heures au plus. Par contre, la moitié des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire ont répondu au moins cinq heures.

Figure 2I.6 : Nombre d'heures de classe consacrées à l'information sur la sexualité humaine, la puberté et la contraception au cours des 2 années scolaires précédentes (%)



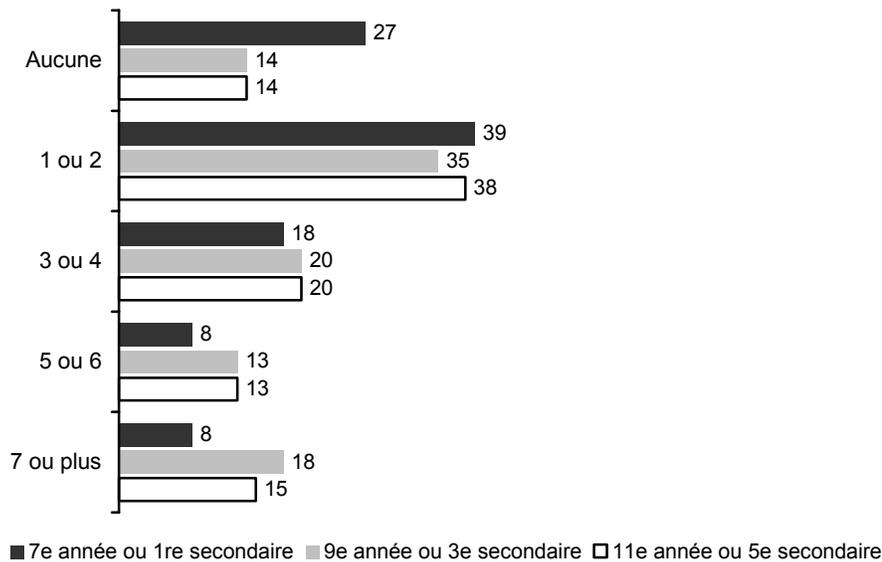
Le rôle de la télévision, de l'école et des professionnels de la santé a manifestement changé depuis 1989. En 2002, en effet, les élèves sont beaucoup moins nombreux à dire que la télé et le cinéma sont des sources d'information substantielles sur le VIH et le sida (figure 2I.7). En outre, les élèves de 9^e année ou 3^e secondaire de 2002 sont plus nombreux à désigner l'école comme principale source d'information sur le VIH et le sida, peut-être parce que le cours sur la sexualité humaine a lieu au début du secondaire.

Figure 2I.7 : Principale source d'information sur le VIH et le sida, par sondage 9e année ou 3e secondaire (%)



Enfin, les élèves devaient préciser le nombre d'heures de classe consacrées, au cours des deux années précédentes, à l'information sur le VIH et le sida (figure 2I.8). Au total, la majorité ont dit n'avoir eu que deux heures ou moins de cours sur ces sujets.

Figure 2I.8 : Nombre d'heures de classe consacrées à l'information sur le VIH et le sida au cours des deux années précédentes (%)



Sommaire

Ce chapitre a mis en évidence divers déterminants potentiels de la santé sexuelle des adolescents et des adolescentes. D'autres études ont montré que ces déterminants sont liés aux comportements sexuels et aux comportements dangereux, voire à la santé sexuelle. Certains des résultats reproduits dans ce chapitre étaient attendus, mais d'autres sont alarmants. L'usage relativement rare de drogues dangereuses et toxicomanogènes chez les jeunes, tout comme le soutien général des camarades, peut augurer d'une bonne santé sexuelle. Par contre, la prévalence de la consommation d'alcool, l'enivrement fréquent et le fait que les jeunes ne recourent pas aux services de santé pour s'informer sur la prévention des MTS, du VIH et du sida laissent aussi entrevoir quelques conséquences très négatives.

Références

- BIGLAN, A., METZLER, et coll. (1990). « Social and behavioural factors associated with high-risk sexual behaviour among adolescents », dans *Journal of Behavioural Medicine*, n° 13, p. 245 à 261.
- BLUM, R., KELLY, A., et IRELAND, M. (2001). « Health-risk behaviours and protective factors among adolescents with mobility impairments and learning and emotional disabilities », dans *Journal of Adolescent Health*, vol. 28, n° 6, p. 481-490.
- Chilman, C. S. (1990). « Promoting healthy adolescent sexuality », dans *Family Relations*, n° 39, p. 123 à 131.
- FELDMAN, S., et BROWN, N. (1993). « Family influences on adolescent male sexuality: The mediational role of self-restraint », dans *Social Development*, vol. 2, n° 1, p. 15 à 35.
- FOUST, G. E. (1999). « Analysis of the relationship between bonding to school and multiple problem behaviours among rural adolescents », dans *Dissertation Abst. International*, vol. 59, n° 8A.
- HOWARD, M. (1985). « Postponing sexual involvement among adolescents: An alternative approach to prevention on sexually transmitted diseases », dans *Journal of Adolescent Health Care*, n° 6, p. 271 à 277.
- JEMMOTT, L. S., et JEMMOTT, J. B. (1992). « Family structure, parental strictness, and sexual behaviour among inner-city Black male adolescents », dans *Journal of Adolescent Research*, n° 7, p. 192 à 207.
- KING, A. J. C., BOYCE, W. F., et KING, M. A. (1999). *Déterminants de la santé des jeunes*, Ottawa, Santé Canada.
- KING, A. J. C., et WRIGHT, N. (1993). *AIDS and youth: An analysis of factors inhibiting and facilitating the design of interventions*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- KOENIG, L. A., et WASSERMAN, E. L. (1995). « Body Image and Dieting failure in College Men and Women: Examining links between depression and eating problems », dans *Sex Roles*, vol. 32, n°s 3 et 4, p. 225 à 249.
- KOTCHICK, B. A., SHAFFER, A. et coll. (2001). « Adolescent sexual risk behaviour: A multi-system perspective », dans *Clinical Psychology Review*, n° 21, p. 493 à 519.
- LEVI, L. (1998). « The other half of medicine: The concept of psychosocial stressors, and its implications for health and the health professions », dans *Social determinants of health: Implications for the health professions*, sous la direction de D. Harrison et E. Ziglio, p. 36 à 46, Copenhague, Organisation mondiale de la santé.
- MOTT, F. L., Fondell, M. M. et coll. (1996). « The determinants of first sex by age 14 in a high-adolescent population », dans *Family Planning Perspectives*, vol. 28, n° 1, p. 13 à 18.
- ONTARIO CHILDREN'S HEALTH SURVEY (1989). *Summary of findings from the Ontario Children's Health Study*, Toronto, Ontario, Gouvernement de l'Ontario.
- ORTON, M. J., et ROSENBLATT, E. (1991). *Adolescent pregnancy in Ontario 1976-1986: Extending access to prevention reduces abortions, and births to the unmarried (Report 3)*, Hamilton, McMaster University, School of Social Work, n° 4.

PAGE, R. M., SCANLAN, A., et DERINGER, N. (1994). « Childhood loneliness and isolation: Implications and strategies for childhood educators », dans *Child Study Journal*, vol. 24, n° 2, p. 107 à 118.

PESA, J. (1999). « Psychosocial factors associated with dieting behaviors among female adolescents. », dans *Journal of School Health*, vol. 69, n° 5, p. 196 à 201.

RADKOWSKY, M., et SIEGEL, L. J. (1997). « The gay adolescent: Stressors, adaptations, and psychosocial interventions », dans *Clinical Psychology Review*, n° 17, p. 191 à 216.

RAPHAEL, D. (1996). « Determinants of health of North-American adolescents: Evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. », dans *Journal of Adolescent Health*, n° 19, p. 6 à 16.

SANTÉ CANADA (2002b). *Cas et taux de chlamydie génitale rapportés au Canada selon le groupe d'âge et le sexe*, Division de la promotion de la santé sexuelle et de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Ottawa, Gouvernement du Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp>).

STATISTIQUE CANADA (2003 a). *Composition linguistique du Canada*, catalogue n° 95F0338XCB2001006, date de publication : 13 mars 2003 pour le recensement de 2001 (en ligne). Consulté le 31 mars 2003. <http://www.statcan.ca/english/IPS/Data/95F0338XCB2001006.htm>

STATISTIQUE CANADA (2003 b). *Le Canada en statistiques – Population, selon la religion*, date de publication : 28 mars 2003 pour le recensement de 2001 (en ligne). Consulté le 31 mars 2003. <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/demo32.htm>

STICE, E., et BEARMAN, S. (2001). « Body image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis », dans *Developmental Psychology*, vol. 37, n° 5, p. 597 à 607.

TAYLOR-SEEHAFFER, M., et REW, L. (2000). « Risky sexual behaviour among adolescent women », dans *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, vol. 5, n° 1, p. 15-25.

TURNER, R., IRWIN, C. et coll. (1993). « Autonomy, relatedness, and the initiation of health risk behaviours in early adolescence », dans *Health Psychology*, n° 12, p. 200 à 208.

WHITBECK, L. B., CONGER, R. D., et KAO, M. Y. (1993). « The influence of parental support, depressed affect, and peers on the sexual behaviours of adolescent girls », dans *Journal of Family Issues*, n° 14, p. 261-278.

SEXUALITÉ ET SANTÉ SEXUELLE

A. Introduction

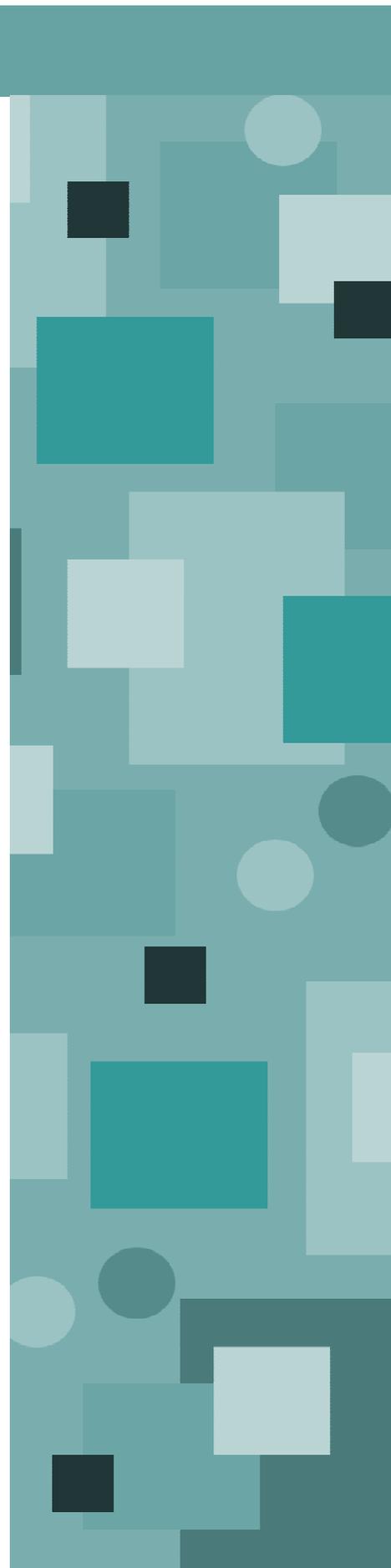
C'est souvent à l'adolescence que se prennent les premières décisions relatives à l'activité sexuelle, décisions qui vont sans doute influencer sur la santé sexuelle à l'âge adulte. La plupart des adolescents et adolescentes font connaissance avec la sexualité en explorant de nouveaux sentiments et de nouvelles activités. Malheureusement, ils subissent en cette période des pressions considérables qui les poussent à vouloir se conformer aux habitudes et aux valeurs sociales de leurs camarades.

Le présent chapitre vise à déterminer la propension des jeunes à certains comportements sexuels, leurs attitudes envers la santé sexuelle et leur connaissance des questions de santé sexuelle. Nous commençons par décrire la connaissance qu'ont les jeunes du VIH et du sida ainsi que d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS). La connaissance est en effet un des piliers d'une bonne santé sexuelle, puisque pour bien se protéger du VIH, du sida et d'autres ITS, il faut comprendre les mécanismes de transmission, les moyens de prévention et le pronostic.

Mais la connaissance seule ne suffit pas à réduire l'occurrence des comportements risqués. L'information et l'expérience personnelle contribuent aussi à façonner les valeurs et les croyances des adolescents et adolescentes devant nombre d'aspects de la sexualité. C'est pourquoi nous avons aussi étudié l'attitude des jeunes envers les personnes qui vivent avec le VIH et le sida et leur crainte de contracter la maladie de même que leur opinion sur le fait d'être sexuellement actifs.

Les comportements sexuels des adolescents et adolescentes sont ensuite l'objet d'un examen détaillé. Suit un exposé sur certaines expériences sexuelles mais aussi sur les motifs qui poussent les élèves à s'abstenir d'activités sexuelles ou au contraire à s'y adonner. Nous nous préoccupons ensuite de l'habileté à la négociation, de la contraception et des méthodes de protection contre les ITS, pour évaluer dans quelle mesure les adolescentes et adolescents sont parés pour se protéger contre les effets négatifs éventuels de l'activité sexuelle sur leur santé. Nous décrivons en outre la nature des fréquentations chez les adolescents, puisque le degré d'aisance et de communication entre les partenaires influe sur la qualité de la santé sexuelle des jeunes.

L'examen de ces données permet de décrire les caractéristiques des jeunes qui ont une vie sexuelle active, y compris leur estime de soi et les comportements risqués.



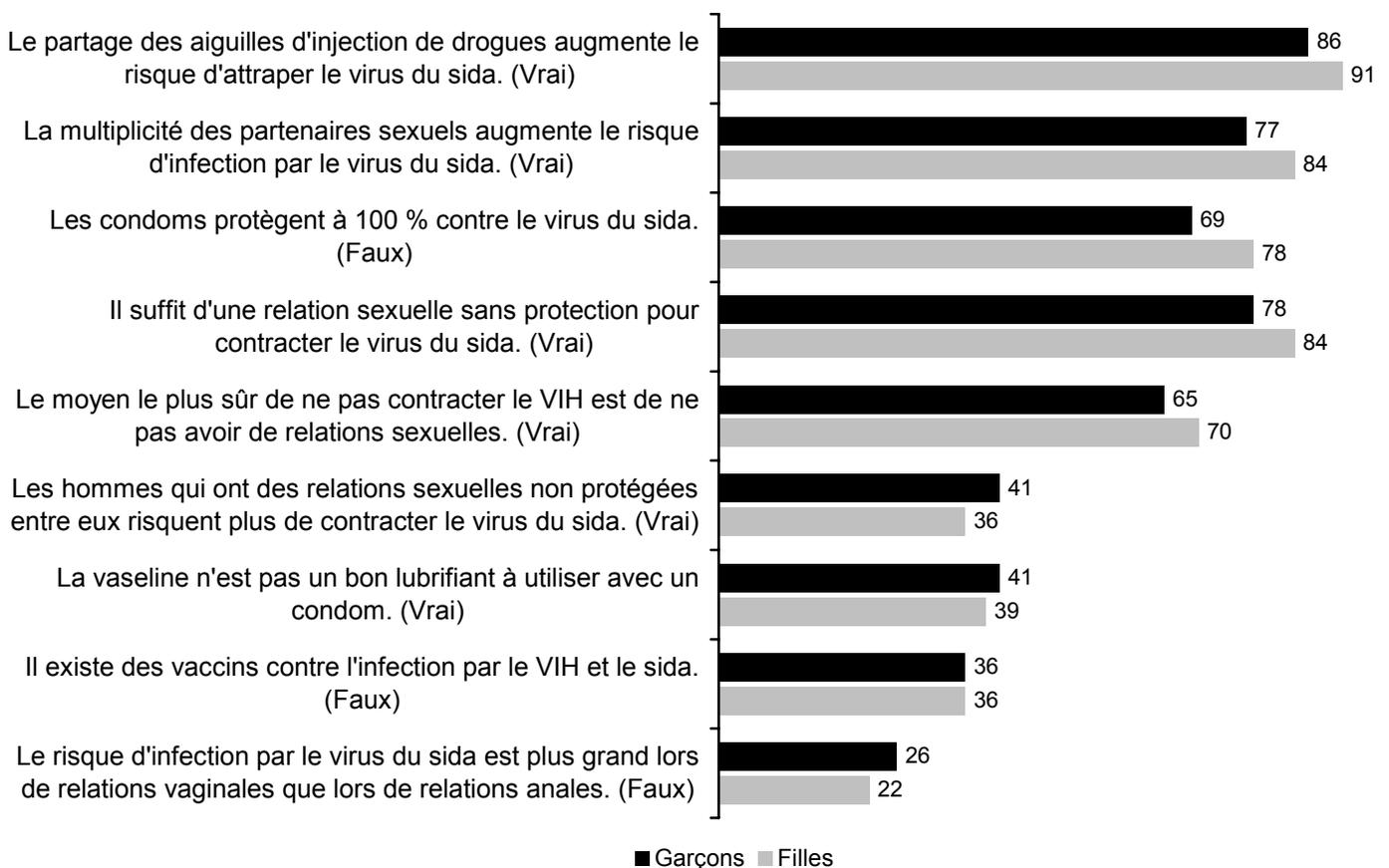
B. Connaissance du VIH et du sida et d'autres ITS

Connaissance des mécanismes de prévention et des moyens de prévention

La promotion de la santé sexuelle chez les jeunes passe impérativement par l'information sur les risques, tels le VIH et le sida et autres infections transmissibles sexuellement, et sur la façon d'éviter ces effets négatifs sur la santé sexuelle. Depuis les années 80, toutes les instances se sont dotées de programmes destinés à informer les jeunes sur le VIH, le sida et d'autres ITS. Pour déterminer ce que les jeunes d'aujourd'hui pensent de ces questions de santé, nous leur avons présenté 8 ou 18 énoncés (selon l'âge) destinés à évaluer leurs connaissances du VIH, du sida et d'autres ITS. Les élèves étaient priés de dire si chacun était vrai ou faux, s'ils n'étaient pas certains de la réponse ou s'ils ne la connaissaient pas. Nombre de ces énoncés ont été formulés de la même façon qu'à l'occasion de l'*Étude sur les jeunes Canadiens face au sida* de 1989. Les énoncés évoquaient la connaissance des mécanismes de transmission des maladies, du diagnostic et du traitement, qui sont autant d'éléments importants pour la prévention.

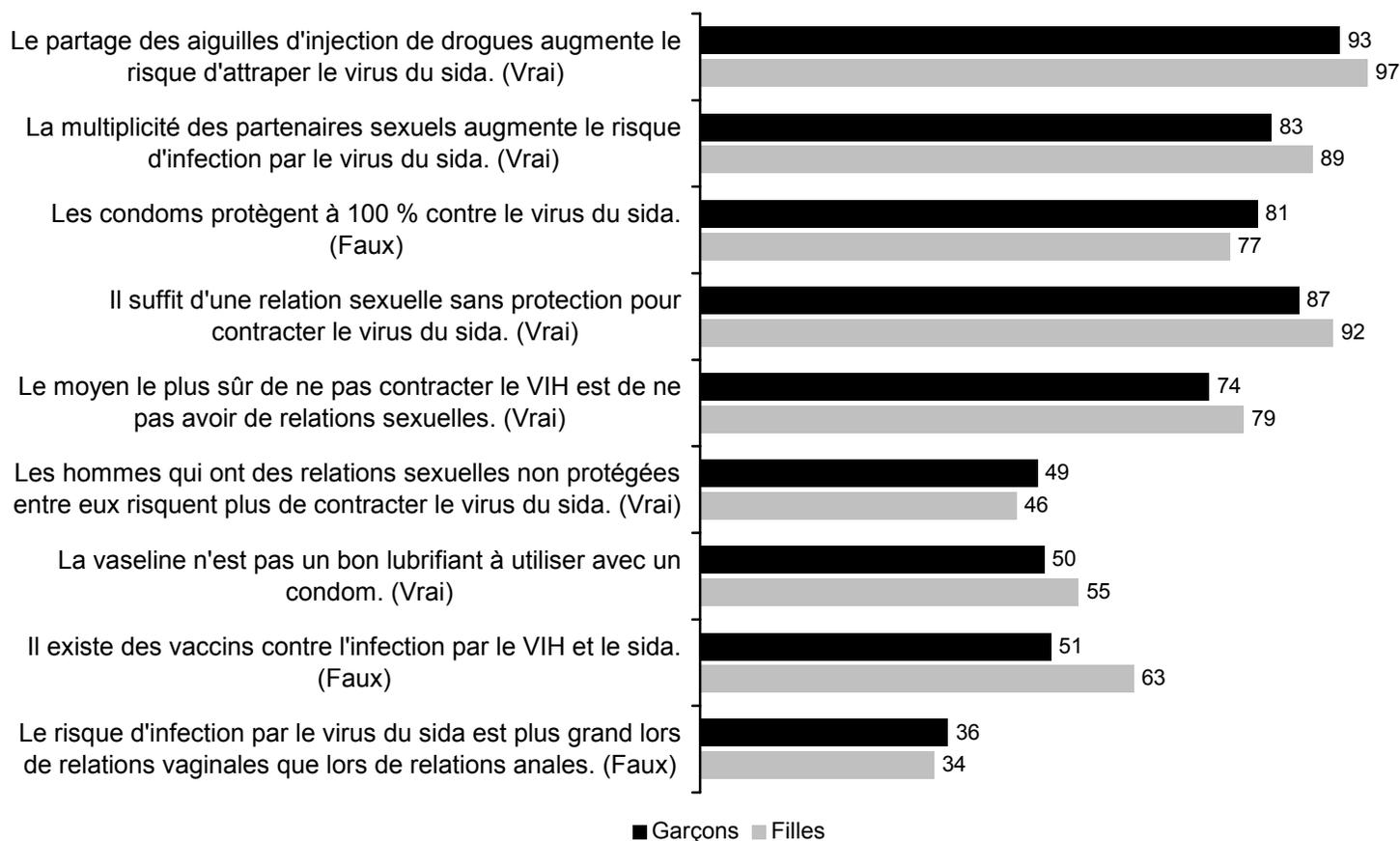
La plupart des élèves identifient les bons mécanismes de transmission du VIH, notamment le partage d'aiguilles pour l'injection de drogues, les relations sexuelles sans protection et les partenaires sexuels multiples. Les filles des deux groupes d'âge supérieurs obtiennent des réponses légèrement meilleures que celles des garçons. Les élèves semblent toutefois peu certains des moyens à employer pour se protéger une fois prise la décision de devenir sexuellement actifs. Seuls 40 p. 100 des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire (figure 3B.1) et 53 p. 100 des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire (figure 3B.2) savent qu'il n'est pas bon d'utiliser la vaseline comme lubrifiant s'ils emploient un condom. Des pourcentages similaires savent que les hommes qui ont des relations

Figure 3B.1 : Connaissance des mécanismes de transmission et des moyens de protection - VIH et sida, 9^e année ou 3^e secondaire (% de réponses correctes)



sexuelles non protégées entre eux risquent davantage de contracter le VIH et le sida. Ils sont toutefois moins nombreux à déclarer faux l'énoncé « On risque davantage d'être infecté par le virus du sida lorsqu'on a des rapports sexuels par voie vaginale que par voie anale. » Le questionnaire sondait également la capacité des élèves de repérer les mythes et les idées fausses sur la protection contre le VIH et le sida. La majorité savent que les condoms ne protègent pas totalement contre le VIH et le sida. Et malheureusement, certains croient qu'il existe un vaccin contre le VIH et le sida.

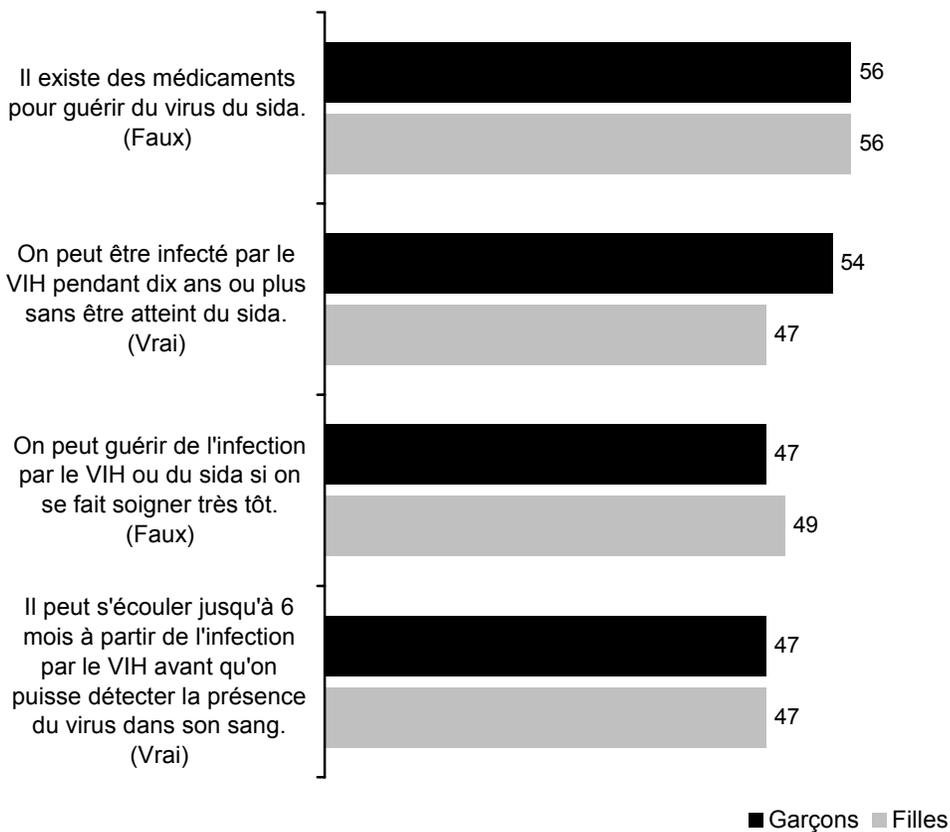
Figure 3B.2 : Connaissance des mécanismes de transmission et des moyens de protection - VIH et sida, 11e année ou 5e secondaire (% de réponses correctes)



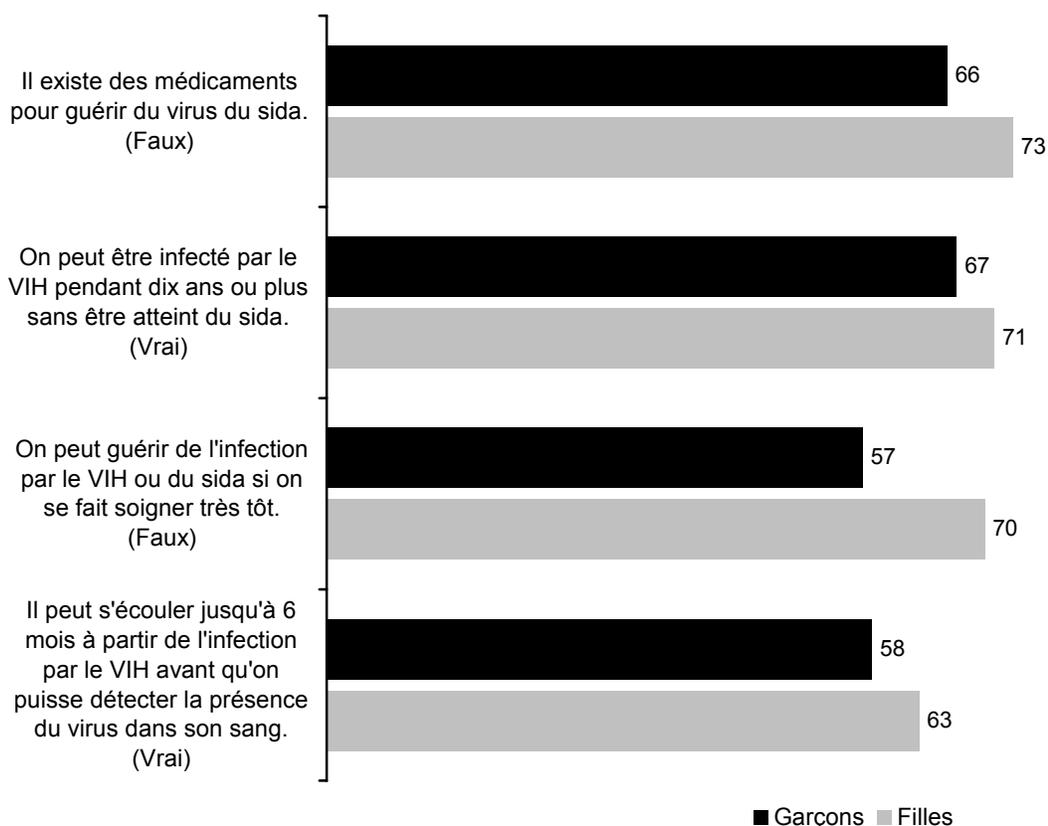
Connaissance du diagnostic et du traitement

Les faits relatifs au diagnostic et au traitement du VIH et du sida semblent moins connus des élèves. Mais ce qui est le plus alarmant, peut-être, c'est de constater que seule la moitié, environ, des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire croient qu'il existe un remède contre le VIH et le sida (figure 3B.3). Il n'y a pas de distinction entre les sexes pour ce qui est de la connaissance du diagnostic et du traitement parmi les élèves de 9^e année ou 3^e secondaire, mais en 11^e année ou 5^e secondaire, les filles semblent légèrement plus à même de répondre correctement à ces items (figure 3B.4).

Figure 3B.3 : Connaissances sur le diagnostic et le traitement - VIH et sida
9e année ou 3e secondaire (% de réponses correctes)



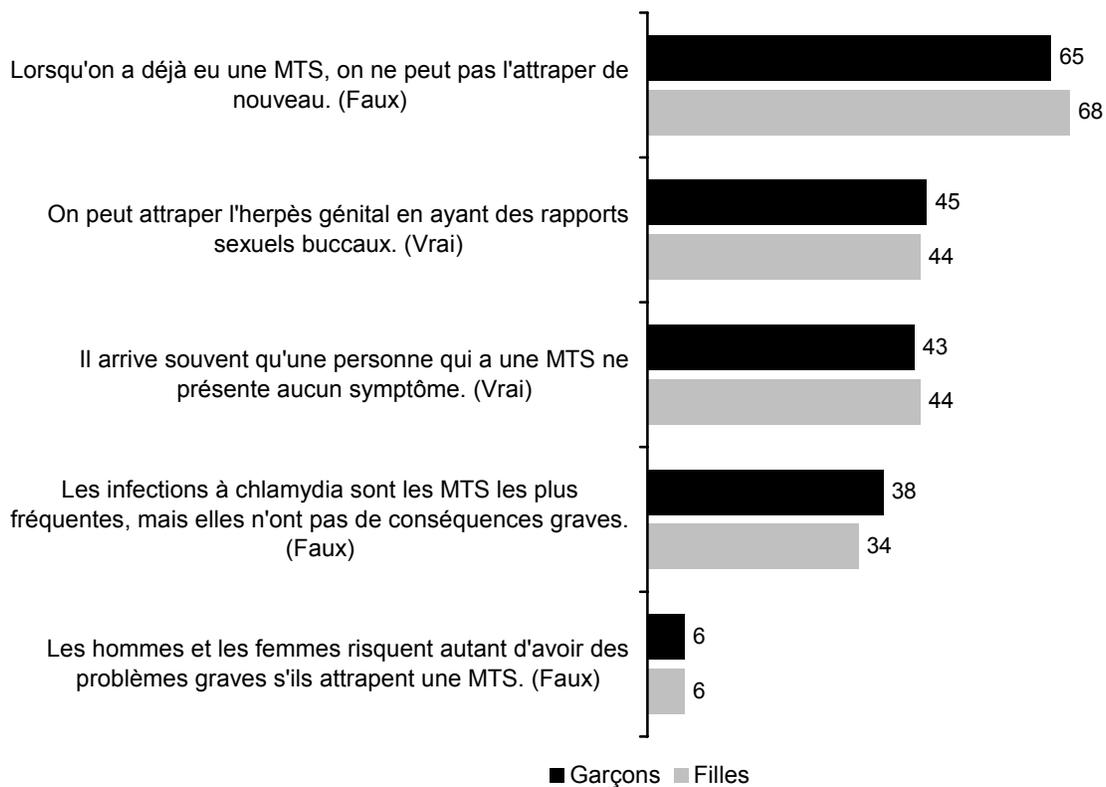
**Figure 3B.4 : Connaissances sur le diagnostic et le traitement - VIH et sida
11^e année ou 5^e secondaire (% de réponses correctes)**



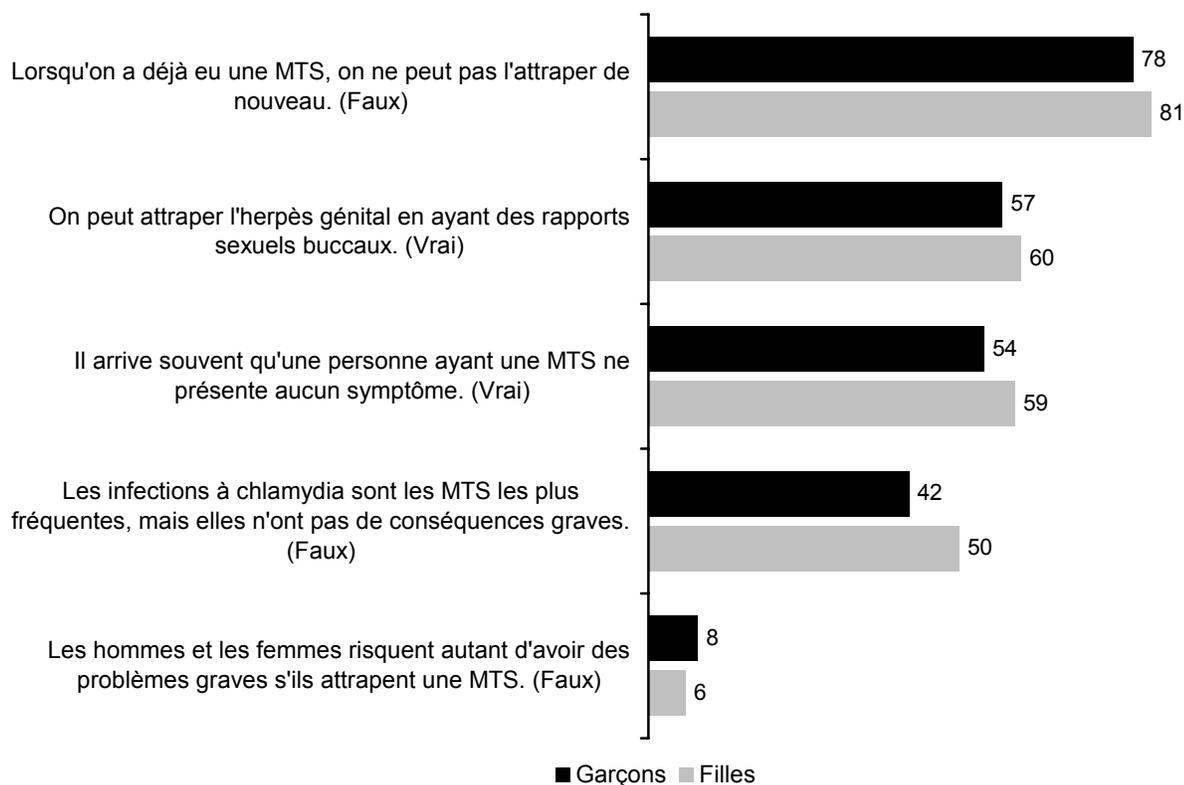
Connaissance des ITS ainsi que du VIH et du sida

L'EJSSVS comprend plusieurs énoncés sur d'autres maladies transmissibles sexuellement. La majorité des élèves de 9^e et 11^e années (3^e et 5^e secondaire) déclarent faux l'énoncé « Lorsqu'on a déjà eu une MTS, on ne peut pas l'attraper de nouveau. » (figures 3B.5 et 3B.6). Les énoncés sur des MTS particulières, telles l'herpès génital ou la chlamydia, paraissent cependant moins évidents. Il est inquiétant de constater qu'un peu plus de la moitié, seulement, des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire et moins de la moitié des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire savent que les gens qui ont contracté une ITS peuvent ne pas présenter de signes ni de symptômes. Moins de 10 p 100 des élèves savent qu'il est faux que « Les hommes et les femmes courent des risques égaux d'avoir des problèmes graves s'ils attrapent une MTS. » Il n'y a pas de distinction entre les sexes parmi les réponses des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire; par contre, les filles de 11^e année ou 5^e secondaire semblent en savoir plus que les garçons de leur classe sur les ITS.

Figure 3B.5 : Connaissance d'autres MTS
9e année ou 3e secondaire (% de réponses correctes)

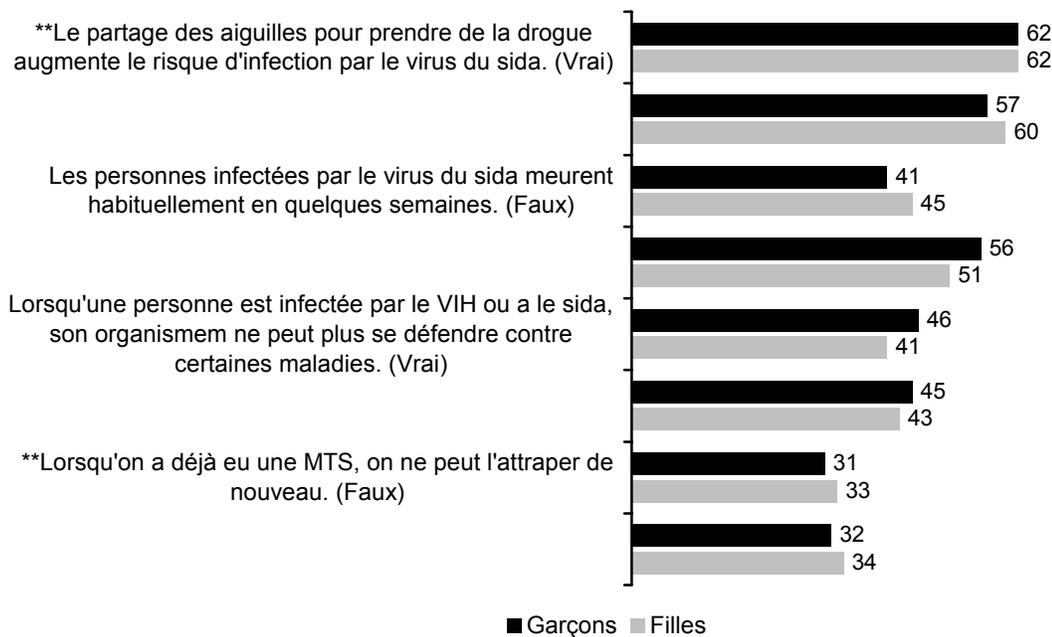


**Figure 3B.6 : Connaissance d'autres MTS
11e année ou 5e secondaire (% de réponses correctes)**



Des huit énoncés destinés à vérifier les connaissances des élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire, quatre étaient identiques à ceux qui ont été présentés aux élèves de 9^e et 11^e années (3^e et 5^e secondaire). Ils sont désignés par des astérisques (**) à la figure 3B.7. Les élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire ont bien réussi pour ce qui est des questions sur les mécanismes de transmission et sur la protection, plus de la moitié reconnaissant le partage des seringues comme un comportement dangereux et l'usage d'un condom durant les relations sexuelles comme une bonne mesure de prévention. Plus de la moitié des élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire savent en outre qu'il existe des tests sanguins permettant de dépister le VIH et le sida, mais ils sont moins nombreux à savoir que le VIH et le sida affaiblissent les défenses du corps contre la maladie ou que le sida peut se développer dix ans après l'infection au VIH. Il est très alarmant de constater que seul un tiers des élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire savent que le VIH et le sida sont incurables (figure 3B.7).

**Figure 3B.7 : Connaissance du VIH et du sida
7e année ou 1re secondaire (% de réponses correctes)**



Nous avons comparé la proportion des élèves qui ont pu donner des réponses correctes à ces énoncés sur les connaissances en 1989 et en 2002. Les résultats sont décevants : il semble en effet que les élèves sondés en 1989 étaient mieux informés sur divers points liés au VIH, au sida et aux ITS.

Les adolescents et adolescentes en savaient d'abord plus sur la transmission du VIH et du sida et les mesures de protection en 1989 que les jeunes d'aujourd'hui. Ainsi, 83 p. 100 des élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire de 1989 savaient que le partage des aiguilles pour s'injecter de la drogue augmente le risque de contracter le virus du sida mais seuls 62 p. 100 des élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire ont répondu correctement à cette question en 2002 (figure 3B.8). De même, les pourcentages d'élèves qui savent que la multiplicité des partenaires sexuels augmente le risque de contracter le VIH ou le sida (figure 3B.9) et que le condom contribue à réduire ce risque (figure 3B.10) sont moindres en 2002 qu'en 1989. Un énoncé révèle en revanche une amélioration considérable : en 2002, 53 p. 100 des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire savent que la vaseline n'est pas un bon lubrifiant à employer avec un condom, contre 42 p. 100 en 1989 (figure 3B.11).

Figure 3B.8 : « Lorsqu'on partage des aiguilles pour prendre de la drogue, on risque d'attraper le virus du sida. » (Vrai) - Selon l'année (% de réponses correctes)

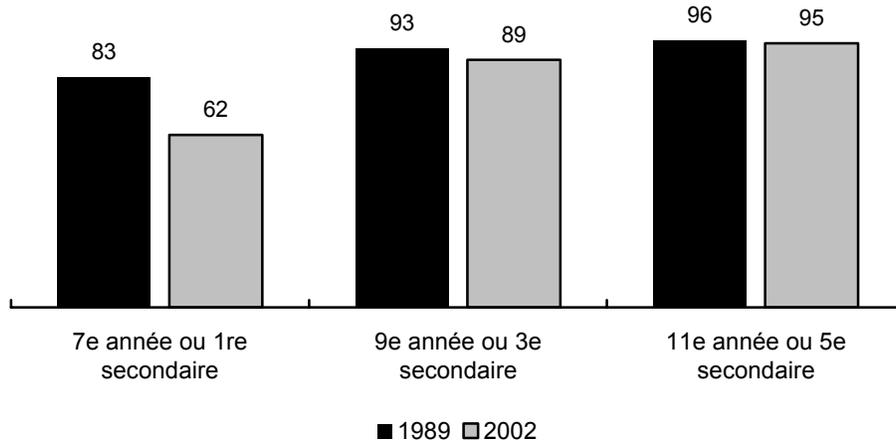


Figure 3B.9 : « Les personnes qui ont plus d'un partenaire sexuel risquent plus que les autres d'être infectées par le virus du sida. » (Vrai) - Selon l'année du sondage (% de réponses correctes)

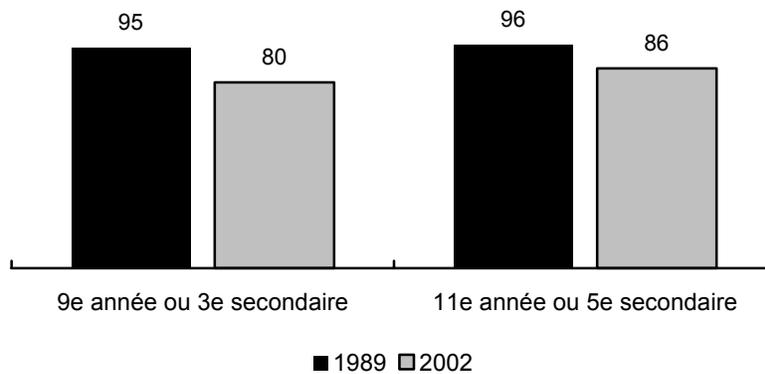


Figure 3B.10 : « Lorsqu'on a des rapports sexuels, on peut réduire le risque d'attraper le virus du sida en utilisant un condom. » (Vrai) - Selon l'année du sondage (% de réponses correctes)

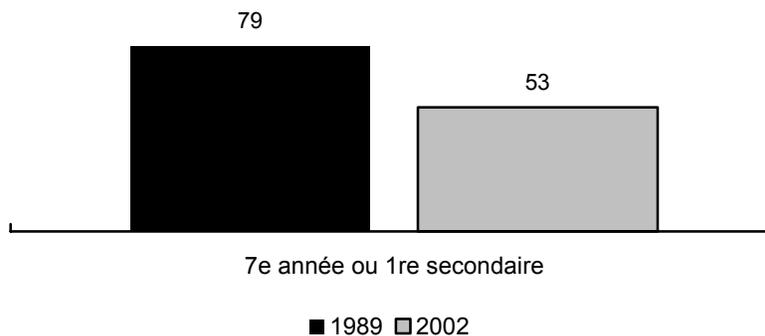
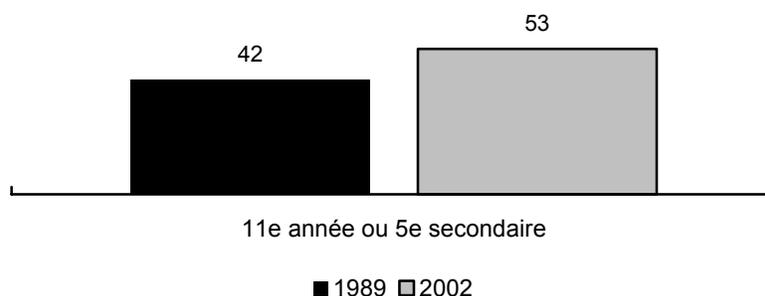
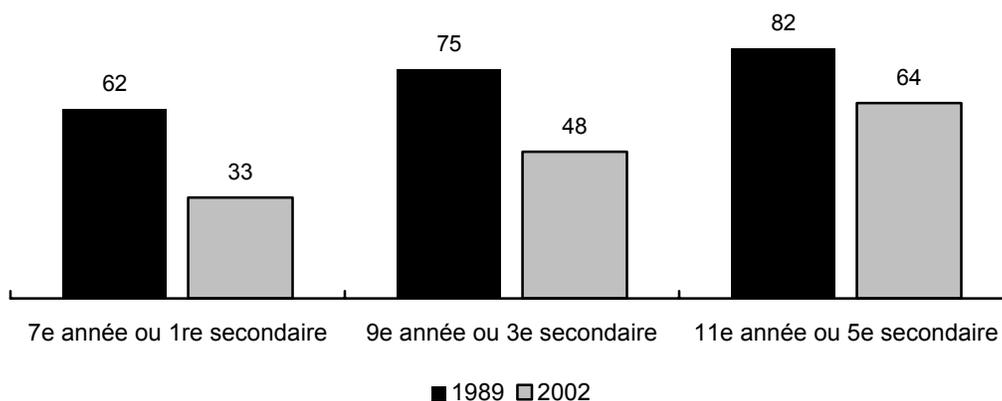


Figure 3B.11 : « La vaseline n'est pas un bon lubrifiant à utiliser avec un condom. » (Vrai) – Selon l'année du sondage (% de réponses correctes)



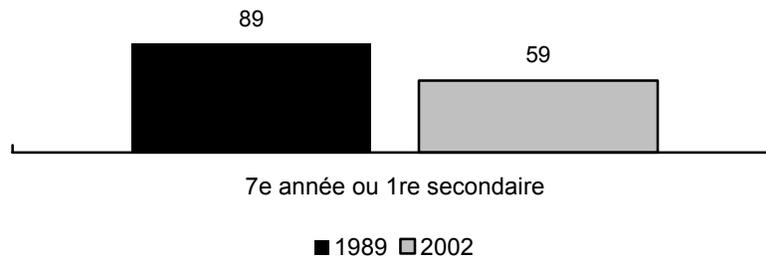
De même sur le chapitre du diagnostic et du traitement : les connaissances ont très peu progressé en quatorze ans. Les adolescents et adolescentes de 1989 étaient plus nombreux à savoir que le VIH et le sida sont incurables, même s'il est traité tôt (figure 3B.12). Ces chiffres laissent voir que les jeunes d'aujourd'hui ont le sentiment trompeur de pouvoir relâcher leur vigilance à l'égard de la maladie.

Figure 3B.12 : « On peut guérir de l'infection par le VIH ou du sida si on se fait soigner très tôt. » (Faux) – Selon l'année du sondage (% de réponses correctes)



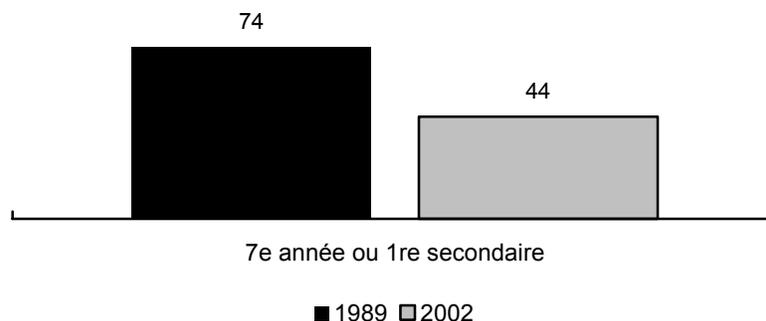
L'une des différences les plus marquées dans les connaissances touche l'énoncé « Il existe des analyses sanguines qui permettent de savoir si une personne a été infectée par le virus du sida. », que 89 p. 100 de 7^e année ou 1^{re} secondaire ont reconnu – à raison – comme vrai en 1989, contre seulement 59 p. 100 en 2002 (figure 3B.13).

Figure 3B.13 : « Il existe des analyses sanguines qui permettent de savoir si une personne a été infectée par le virus du sida. » (Vrai) – Selon l'année du sondage (% de réponses correctes)



De même, les élèves d'aujourd'hui sont moins certains du temps de survie d'une personne touchée par le VIH (figure 3B.14).

Figure 3B.14: « Les personnes infectées par le virus du sida meurent habituellement en l'espace de quelques semaines. » (Faux) – Selon l'année du sondage (% de réponses correctes)



Les élèves sondés en 2002 semblent toutefois mieux connaître les MTS autres que le VIH et le sida. Ainsi, ils sont maintenant plus nombreux, en 9^e et 11^e années (3^e et 5^e secondaire) à savoir que la chlamydie peut entraîner de graves complications (figure 3B.15). Par contre, d'autres énoncés sur les MTS livrent des résultats mitigés (figures 3B.16 et 3B.17).

Figure 3B.15 : « Les infections à chlamydia sont les MTS les plus fréquentes, mais elles n'ont pas de conséquences graves. » (Faux) – Selon l'année du sondage (% de réponses correctes)

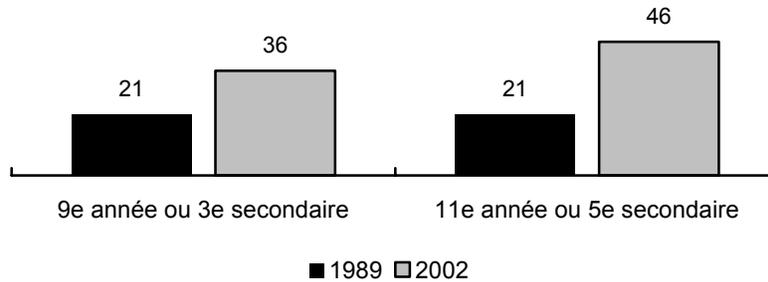


Figure 3B.16 : « Lorsqu'on a déjà eu une MTS, on ne peut pas l'attraper de nouveau. » (Faux) – Selon l'année du sondage (% de réponses correctes)

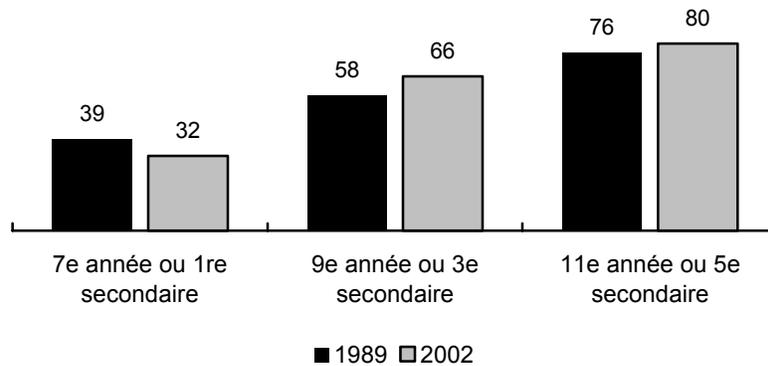
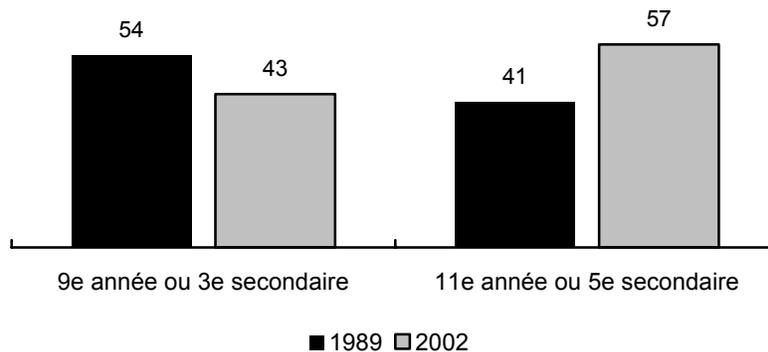


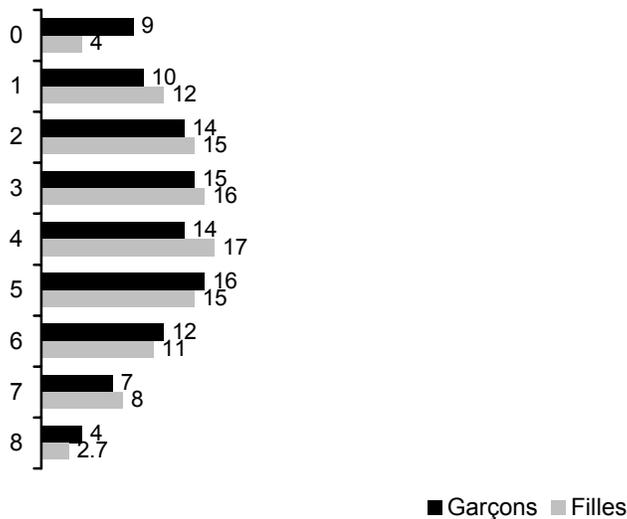
Figure 3B.17: « Il arrive souvent qu'une personne ayant une MTS ne présente aucun symptôme. » (Vrai) Selon l'année du sondage (% de réponses correctes)



Scores relatifs aux connaissances

La présente section résume le pourcentage de réponses correctes aux énoncés visant à évaluer les connaissances (décrits dans les deux sections ci-dessus) par élève, en 7^e, 9^e et 11^e années (1^{re}, 3^e et 5^e secondaire). Les élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire ont été priés de répondre à huit de ces énoncés (figure 3B.7). Environ 50 p. 100 ont répondu correctement à au moins la moitié, mais moins de 5 p. 100 ont donné toutes les bonnes réponses (figure 3B.18).

Figure 3B.18 : Nombre de réponses correctes aux énoncés vérifiant les connaissances - 7e année ou 1re secondaire (%)



Les élèves de 9^e et 11^e années, ou 3^e et 5^e secondaire, répondaient pour leur part à 18 énoncés (figures 3B.1 à 3B.6). Plus de 60 p. 100 des plus jeunes parmi eux (9^e année ou 3^e secondaire) ont pu répondre correctement à 8 ou plus, et 3 p. 100 ont obtenu un score remarquable de 16 à 18 (figure 3B.19). Les élèves de 11^e année ou 5^e secondaire ont encore mieux réussi, puisque 87 p. 100 ont répondu correctement à 8 énoncés ou plus et que 10 p. 100 ont obtenu un score élevé, soit entre 16 et 18 bonnes réponses (figure 3B.20).

Figure 3B.19 : Nombre de réponses correctes aux énoncés vérifiant les connaissances - 9e année ou 3e secondaire (%)

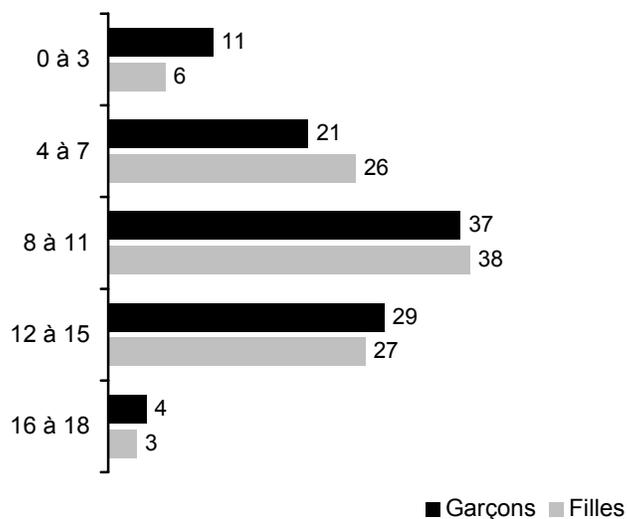
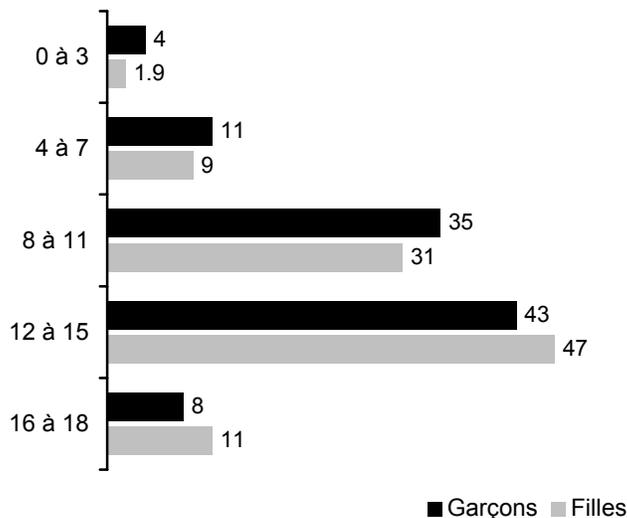


Figure 3B.20 : Nombre de réponses correctes aux énoncés vérifiant les connaissances - 11e année ou 5e secondaire (%)



Sources d'information et scores relatifs aux connaissances

Pour déterminer l'efficacité de diverses sources d'information (voir le chapitre 2) sur le VIH et le sida, nous avons comparé les principales sources consultées par les élèves qui ont obtenu un piètre score sur le chapitre des connaissances à celles que privilégient les élèves qui ont obtenu un score élevé (figures 3B.21 à 3B.26). En 7^e année ou 1^{re} secondaire, un score de 0 à 3 est considéré comme faible et un score de 6 à 8 comme un score élevé. En 9^e année ou 3^e secondaire, un score de 0 à 8 est considéré comme faible et un score de 12 à 18, comme élevé. En 11^e année ou 5^e secondaire, enfin, un score de 0 à 10 est considéré comme faible et un score de 14 à 18 comme élevé. En règle générale, les élèves dont la principale source d'information sur le VIH et le sida sont la télévision, le cinéma ou Internet risquent plus d'obtenir un score faible sur le chapitre des connaissances. L'effet du recours aux médecins, au personnel infirmier et aux cliniques comme principale source d'information semble différent selon l'âge et le sexe. Ainsi, les filles de 9^e et de 7^e années (3^e ou 1^{re} secondaire) qui ont pour principale source d'information les médecins, le personnel infirmier et les cliniques sont plus nombreuses à n'obtenir qu'un faible score. Par contre, cette source a peu d'effets observables dans les autres groupes. En général, les élèves qui se renseignent principalement à l'école sont légèrement plus nombreux à obtenir un meilleur score, mais cette corrélation ne semble pas exister chez les garçons de 11^e année ou 5^e secondaire et les filles de 7^e année ou 1^{re} secondaire.

Figure 3B.21 : Principale source d'information sur le VIH et le sida en fonction des scores en connaissances 7e année ou 1re secondaire - Garçons (%)

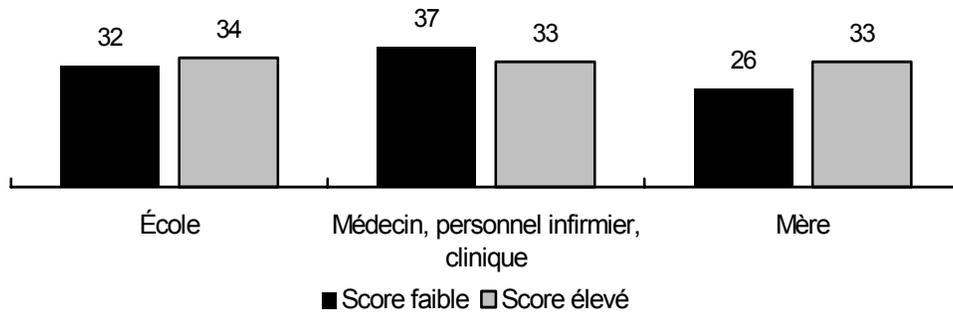
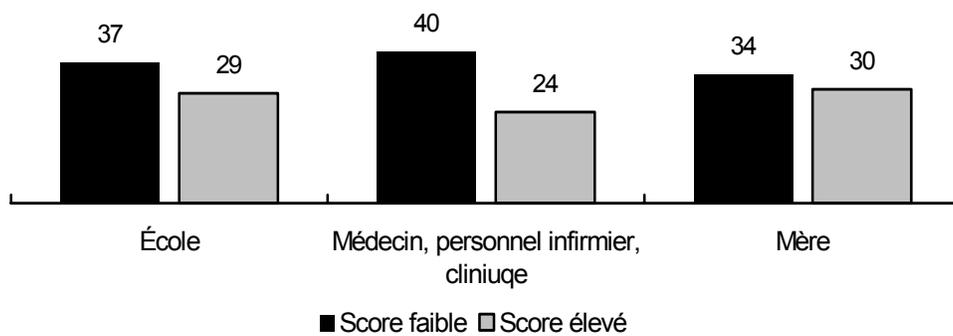
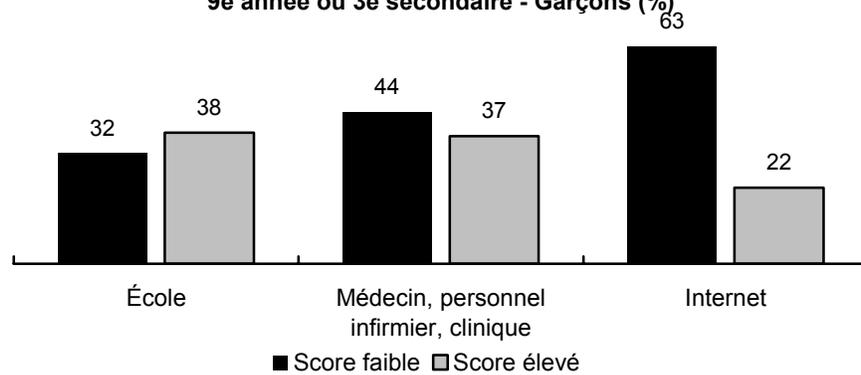


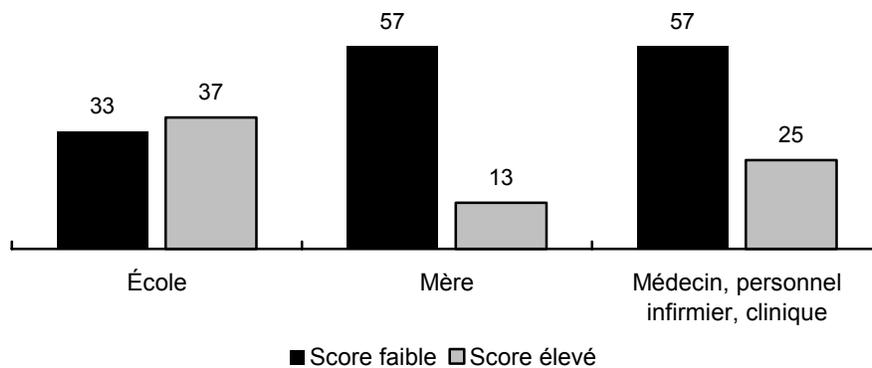
Figure 3B.22 : Principale source d'information sur le VIH et le sida en fonction des scores en connaissances 7e année ou 1re secondaire - Filles (%)



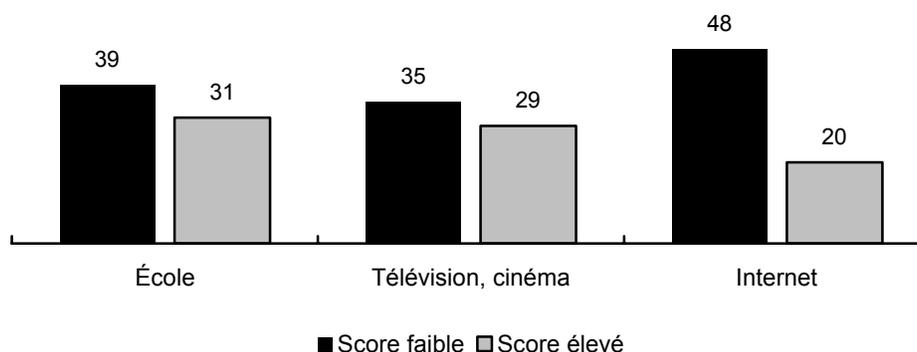
**Figure 3B.23 : Principale source d'information sur le VIH et le sida en fonction des scores en connaissances
9e année ou 3e secondaire - Garçons (%)**



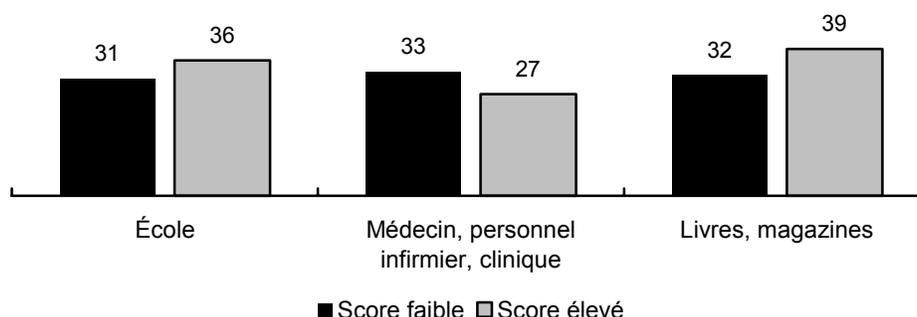
**Figure 3B.24 : Principale source d'information sur le VIH et le sida en fonction des scores en connaissances
9e année ou 3e secondaire - Filles (%)**



**Figure 3B.25 : Principale source d'information sur le VIH et le sida en fonction des scores en connaissances
11e année ou 5e secondaire - Garçons (%)**



**Figure 3B.26: Principale source d'information sur le VIH et le sida en fonction des scores en connaissances
11e année ou 5e secondaire - Filles (%)**



Heures de cours et scores relatifs aux connaissances

Nous avons approfondi l'examen des données pour déterminer si le fait d'avoir plus d'heures de cours sur le VIH et le sida (chapitre 2) entraîne à la hausse les scores relatifs aux connaissances. Parmi les élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire, l'augmentation du nombre d'heures de cours sur le VIH et le sida ne semble pas influencer sur les scores relatifs aux connaissances (figure 3B.27). En revanche, les élèves de 9^e et 11^e années (3^e et 5^e secondaire) qui ont eu plus d'heures de cours sur le VIH et le sida sont plus nombreux à montrer de meilleures connaissances (figures 3B.28 et 3B.29).

Figure 3B.27 : Nombre d'heures de classe consacrées depuis 2 ans à l'information sur le VIH et le sida en fonction du score en connaissances - 7e année ou 1re secondaire (%)

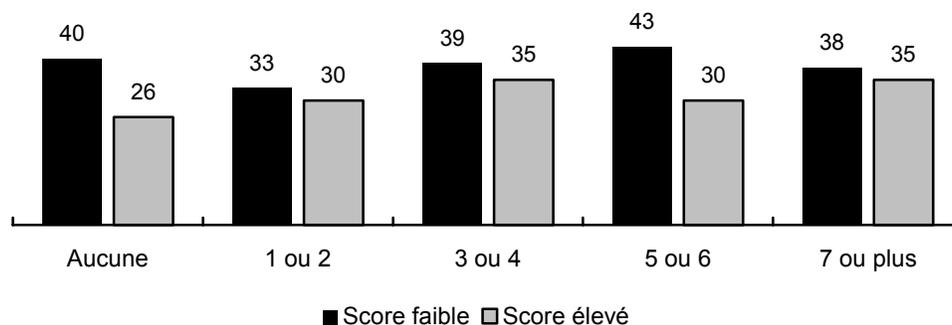


Figure 3B.28 : Nombre d'heures de classe consacrées depuis 2 ans à l'information sur le VIH et le sida en fonction du score en connaissances - 9e année ou 3e secondaire (%)

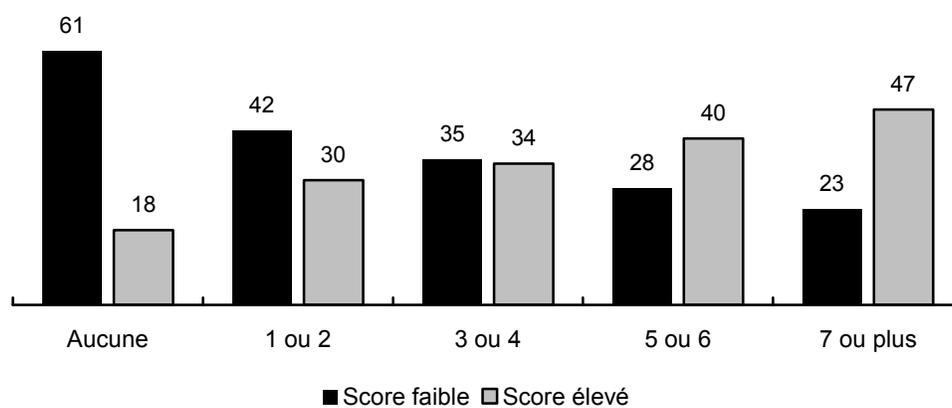
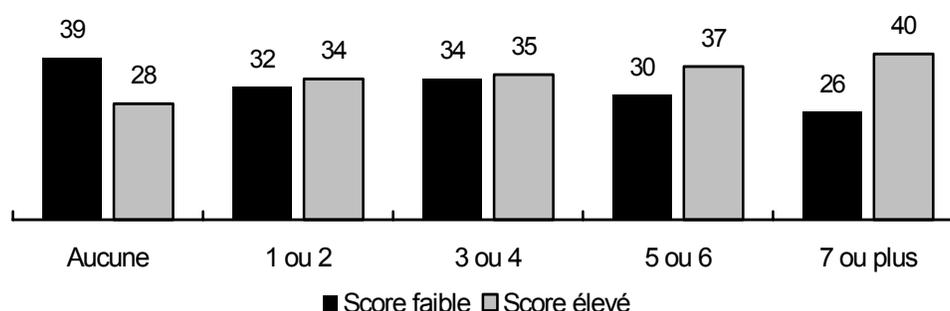


Figure 3B.29 : Nombre d'heures de classe consacrées depuis 2 ans à l'information sur le VIH et le sida en fonction du score en connaissances - 11e année ou 5e secondaire (%)



C. Attitudes à l'égard de la santé sexuelle

Attitudes envers le VIH et le sida et d'autres ITS

L'information que reçoivent les adolescents et adolescentes sur le VIH et le sida ainsi que leurs propres expériences influenceront sans doute sur leur crainte de la maladie, leurs sentiments à l'égard des personnes qui en souffrent et leurs croyances à l'égard de certains aspects de la sexualité. C'est en examinant les attitudes des adolescents et adolescentes à l'égard de la sexualité (la plupart commencent tout juste à envisager des relations sexuelles) que nous arrivons à comprendre les motifs de leurs comportements.

Les élèves étaient priés de lire plusieurs énoncés et de montrer à quel point ils correspondaient à leurs propres attitudes et craintes à l'égard de leur propre vulnérabilité au VIH et au sida, sur une échelle allant de « Tout à fait d'accord » à « Tout à fait en désaccord ». Tous âges confondus, la moitié des élèves, environ, disent ne pas craindre particulièrement de contracter le VIH ou le sida (tableau 3C.1). Aucune grande distinction ne se fait jour entre les sexes d'agissant de s'inquiéter du VIH et du sida ainsi que des ITS. Seul un très petit pourcentage des élèves de chaque classe disent discuter du VIH et du sida avec leurs camarades. Toutefois, les filles de 9^e année ou 3^e secondaire sont légèrement plus susceptibles de discuter de ces sujets que les garçons des mêmes classes.

Tableau 3C.1: Crainte du VIH et du sida (% tout à fait d'accord et d'accord)

	7 ^e année ou 1 ^{re} sec.		9 ^e année ou 3 ^e sec.		11 ^e année ou 5 ^e sec.	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
J'ai peur d'attraper une MTS.	43	46	47	56	49	49
J'ai peur d'attraper le virus du sida.	43	46	47	53	47	43
Mes amis et moi, nous parlons de l'infection par le VIH et du sida.	6	7	5	10	6	9

Plusieurs des énoncés étaient conçus pour mettre au jour une attitude négative envers les personnes touchées par le VIH et le sida. C'est le cas par exemple de : « Je ne pourrais pas être l'ami-e de quelqu'un qui a le sida. » et de « Les personnes qui ont le sida n'ont que ce qu'elles méritent. ». C'est parmi les élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire qu'on trouve la plus forte proportion d'élèves qui sont d'accord avec ces énoncés; le pourcentage diminue chez les élèves de 9^e et 11^e années (3^e et 5^e secondaire) (tableau 3C.2). L'empathie des élèves plus âgés envers les personnes atteintes du VIH et du sida peut témoigner soit d'une maturité accrue soit d'une meilleure connaissance de la maladie. Par ailleurs, tous âges confondus, les garçons sont plus nombreux que les filles à souscrire à ces énoncés négatifs.

Malgré un pourcentage relativement faible d'élèves d'accord avec les énoncés personnels négatifs à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH et le sida, il faut noter que près de la moitié estiment que « Les personnes qui ont le virus du sida devraient avoir le droit de servir le public. » et que ce pourcentage varie peu en fonction de l'âge, ce qui témoigne d'un respect fondamental des droits des personnes atteintes.

Tableau 3C.2 : Attitudes envers les personnes touchées par le VIH et le sida
(% tout à fait d'accord et d'accord)

	7 ^e année ou 1 ^{re} sec.		9 ^e année ou 3 ^e sec.		11 ^e année ou 5 ^e sec.	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Je ne pourrais pas être l'ami-e de quelqu'un qui a le sida.	22	17	12	8	9	6
Les personnes qui ont le sida n'ont que ce qu'elles méritent.	16	10	10	5	7	3
Les personnes qui ont le virus du sida devraient avoir le droit de servir le public.	41	42	41	47	38	41

Attitudes envers la sexualité

Les élèves de 9^e et de 11^e années (3^e et 5^e secondaire) étaient également invités à répondre à des énoncés présentant diverses attitudes envers leur propre sexualité (tableau 3C.3). Les deux tiers des élèves, environ, conviennent que « Les relations sexuelles avant mariage sont acceptables si les deux partenaires sont amoureux l'un de l'autre. », les garçons de 9^e année étant les plus nombreux à être d'accord. Les élèves de 11^e année ou 5^e secondaire sont plus nombreux à estimer qu'« Il n'y a rien de mal à se masturber. » et qu'« Il n'y a pas de mal à avoir des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. » que ceux de 9^e année ou 3^e secondaire. Dans ces deux classes, les garçons sont beaucoup plus nombreux que les filles à être d'accord avec ces énoncés. Seule une faible proportion des élèves sont d'accord avec l'énoncé : « Je me sens coupable quand je pense au sexe. ».

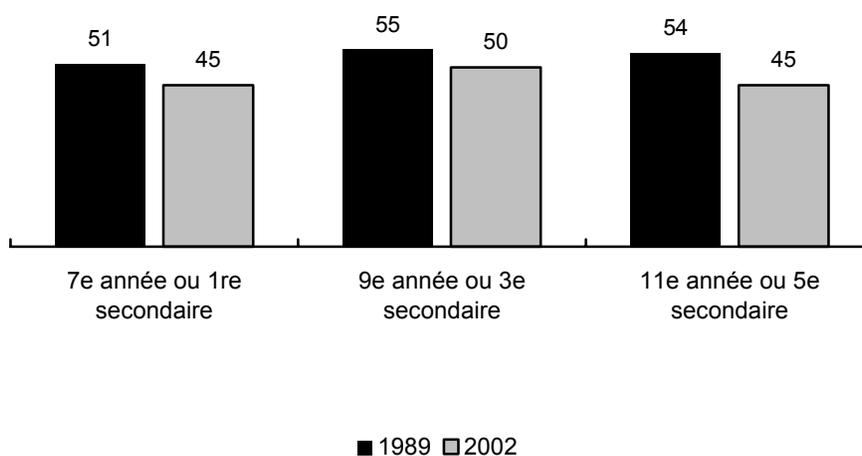
Tableau 3C.3 : Attitudes envers la sexualité (% tout à fait d'accord et d'accord)

	9 ^e année ou 3 ^e sec.		11 ^e année ou 5 ^e sec.	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Les relations sexuelles avant le mariage sont acceptables si les deux partenaires sont amoureux l'un de l'autre.	70	64	65	64
Il n'y a pas de mal à se masturber.	59	31	63	35
Il n'y a rien de mal à avoir des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels.	54	29	66	32
Je me sens coupable quand je pense au sexe.	6	6	5	6

Comparaison des attitudes entre 1989 et 2002

Plusieurs des énoncés sur les attitudes présentés dans le questionnaire de l'EJSSVS de 2002 étaient semblables à ceux de l'étude de 1989, ce qui nous permet de déterminer si les attitudes des adolescents et adolescentes ont évolué avec le temps. En 2002, les élèves de toutes classes étaient légèrement moins nombreux à se dire d'accord avec l'énoncé « J'ai peur d'attraper le virus du sida. » qu'en 1989 (figure 3C.1).

Figure 3C.1 : « J'ai peur d'attraper une MTS. » - Selon l'année de sondage (% tout à fait d'accord et d'accord)



En 2002, les élèves sont toutefois légèrement moins nombreux à se dire d'accord avec des énoncés personnels négatifs comme « Je ne pourrais pas être l'ami-e de quelqu'un qui a le sida. » (figure 3C.2) et « Les personnes qui ont le sida n'ont que ce qu'elles méritent. » qu'en 1989 (figure 3C.3).

Figure 3C.2 : « Je ne pourrais pas être l'ami-e de quelqu'un qui est infecté par le virus du sida. » - Selon l'année de sondage (% tout à fait d'accord et d'accord)

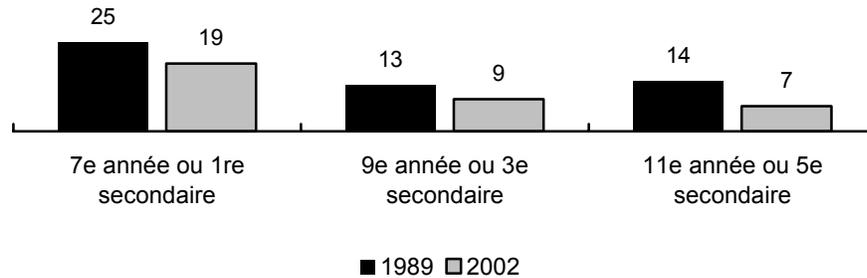
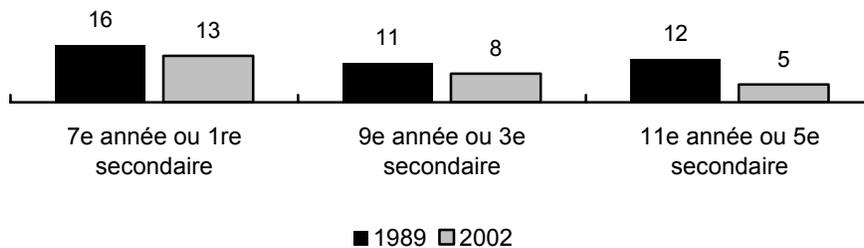
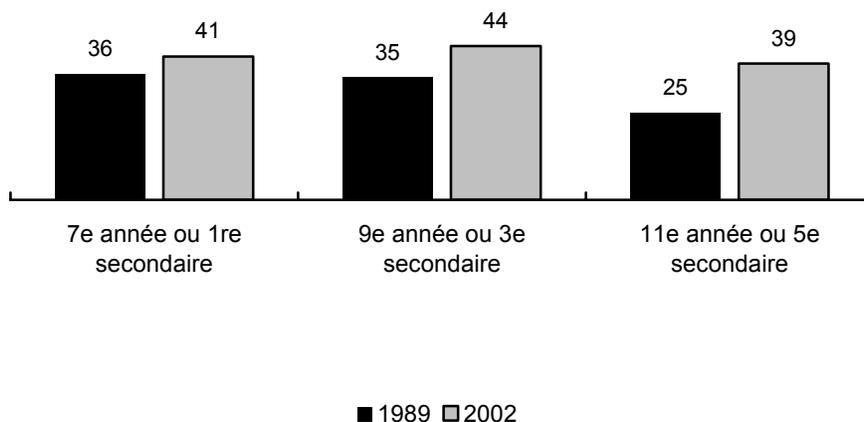


Figure 3C.3 : « Les personnes qui ont le virus du sida n'ont que ce qu'elles méritent. » - Selon l'année de sondage (% tout à fait d'accord et d'accord)



De même, la proportion des élèves de 2002 qui sont d'accord avec l'énoncé « Les personnes qui ont le virus du sida devraient avoir le droit de servir le public. » a augmenté par rapport à ce qu'elle était en 1989, la différence la plus substantielle touchant les élèves de 11^e année ou 5^e secondaire (figure 3C.4). En règle générale, ces résultats reflètent la progression des attitudes positives envers les personnes touchées par le VIH et le sida, surtout parmi les adolescentes et adolescents plus âgés. Cette tendance se combine à une diminution du nombre de jeunes qui se croient vulnérables au VIH et au sida depuis 1989.

Figure 3C.4 : « Les personnes qui ont le virus du sida devraient avoir le droit de servir le public. » - Selon l'année de sondage (% tout à fait d'accord et d'accord)



D. Comportement sexuel

Activité sexuelle

Pour mieux comprendre le comportement sexuel des adolescents et adolescentes au Canada, nous avons demandé aux élèves de faire état du type et de la fréquence de leurs activités sexuelles. Les questions soumises aux élèves des 9^e et 11^e années (3^e et 5^e secondaire) sont plus détaillées que celles qui ont été posées en 7^e année ou 1^{re} secondaire.

De forts pourcentages de filles et de garçons de 9^e et de 11^e années (3^e et 5^e secondaire) disent avoir eu des activités sexuelles préliminaires comme le baiser prolongé (bouche ouverte) et les caresses au-dessus ou au-dessous de la taille. Les élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire sont moins nombreux à rapporter ce genre d'expériences, et les filles encore moins que les garçons (figures 3D.1 à 3D.3).

Figure 3D.1 : Baiser prolongé (bouche ouverte) au moins une fois (%)

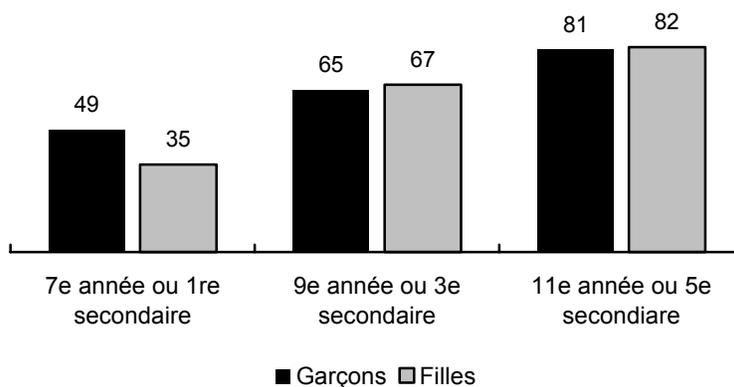


Figure 3D.2 : Caresse au-dessus de la taille au moins une fois (%)

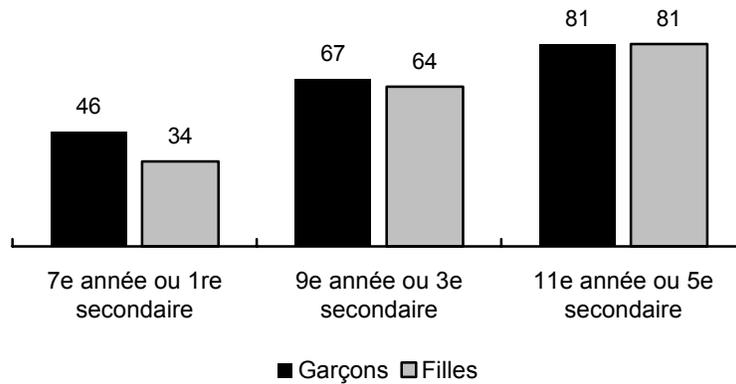
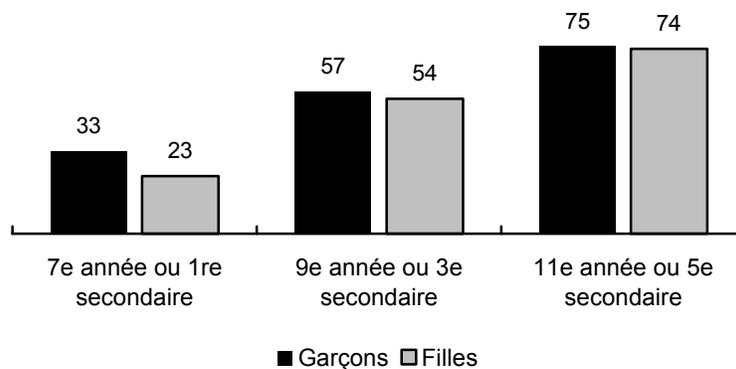
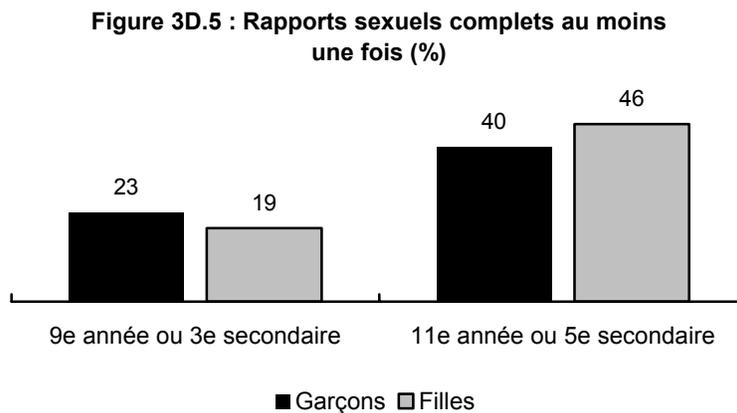
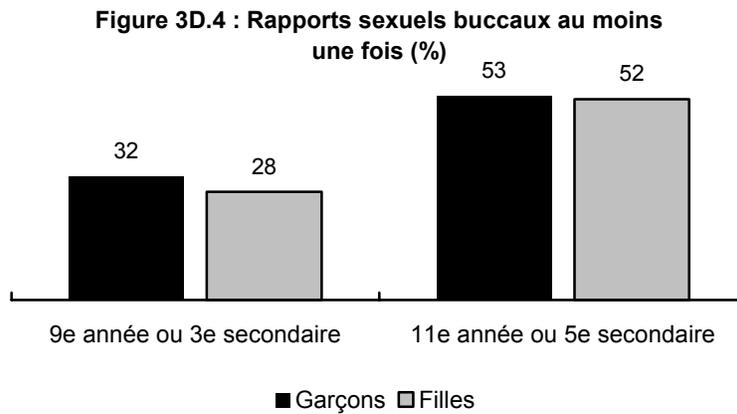


Figure 3D.3 : Caresse au-dessous de la taille au moins une fois (%)



Les élèves de 9^e et de 11^e années (3^e et 5^e secondaire) étaient priés de dire plus précisément s'ils avaient eu ou non des relations sexuelles buccales ou vaginales. Le tiers des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire environ ont dit en avoir eu au moins une fois (figure 3D.4). Ils sont toutefois moins nombreux à faire état de relations sexuelles vaginales (figure 3D.5). Parmi les élèves de 9^e année ou 3^e secondaire, 23 p. 100 des garçons et 19 p. 100 des filles disent avoir eu des relations sexuelles, contre 40 p. 100 des garçons et 46 p. 100 des filles de 11^e année ou 5^e secondaire.

Les élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire pouvaient cocher la réponse « Autres » pour ce qui est du type d'expérience sexuelle et décrire celle-ci dans le cahier de réponses. Leurs réponses permettent d'établir qu'au moins 1 p. 100 des élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire ont eu des rapports sexuels buccaux et au moins 2 p. 100 ont eu des rapports sexuels complets.



Comparaison de l'activité sexuelle entre 1989 et 2002

Nous avons comparé ces résultats de 2002 à ceux qui avaient été compilés en 1989 quant aux activités sexuelles préliminaires chez les élèves de 9^e et de 11^e années (3^e et 5^e secondaire). Les proportions sont restées relativement constantes au cours des 14 dernières années (figures 3D.6 à 3D.8).

Figure 3D.6 : Baiser prolongé (bouche ouverte) au moins une fois, selon l'année de sondage (%)

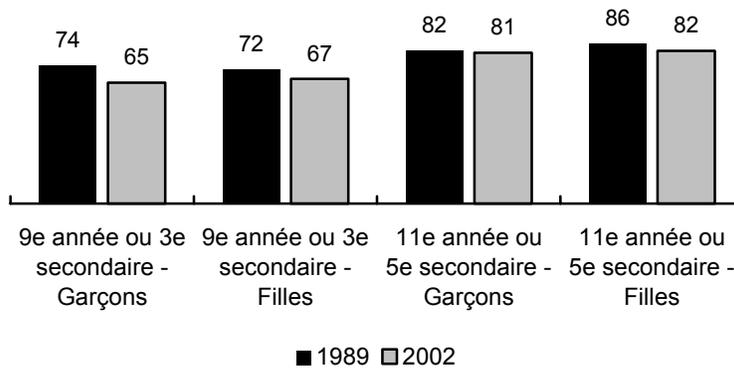


Figure 3D.7 : Caresses au-dessus de la taille au moins une fois, selon l'année de sondage (%)

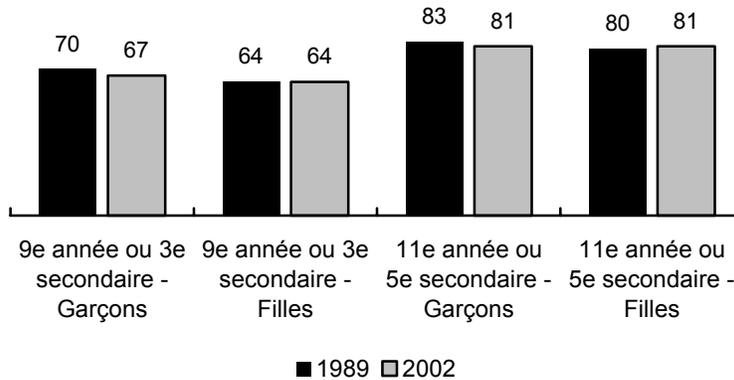
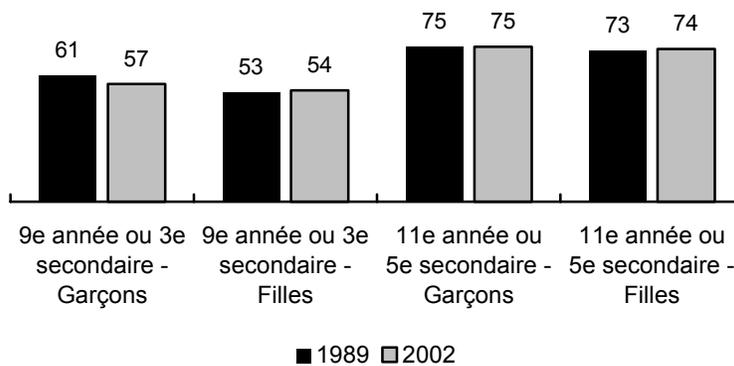
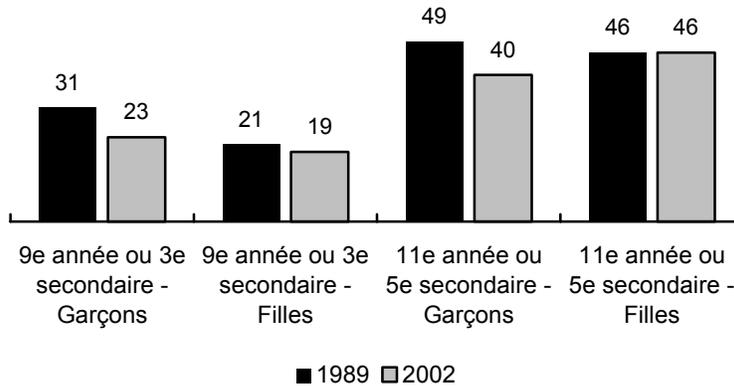


Figure 3D.8 : Caresses au-dessous de la taille au moins une fois, selon l'année de sondage (%)



Les pourcentages d'élèves qui ont eu des relations sexuelles ont diminué depuis l'étude de 1989, et cette diminution est plus considérable chez les garçons que chez les filles, dans les deux groupes d'âge supérieurs. Le pourcentage des garçons qui se disent sexuellement actifs a diminué de 8 p. 100 en 9^e année ou 3^e secondaire et de 9 p. 100 en 11^e année ou 5^e secondaire. Il est aussi intéressant de noter que les relations sexuelles étaient plus fréquentes chez les garçons de 11^e année ou 5^e secondaire en 1989, mais que les filles de cette classe sont plus nombreuses à avoir eu des relations sexuelles en 2002 (figure 3D.9).

Figure 3D.9 : Rapports sexuels complets au moins une fois, selon l'année de sondage (%)



La comparaison de la fréquence des relations sexuelles révèle que les élèves sexuellement actifs de 2002 sont plus nombreux que ceux de 1989 à avoir souvent des relations sexuelles, quels que soient la classe et le sexe (figures 3D.10 à 3D.13). Les élèves sont donc légèrement moins nombreux à avoir des relations sexuelles mais ceux qui en ont tendent à en avoir plus souvent.

Figure 3D.10 : Fréquence des rapports sexuels parmi les garçons sexuellement actifs de 9e année/3e secondaire, selon l'année de sondage (%)

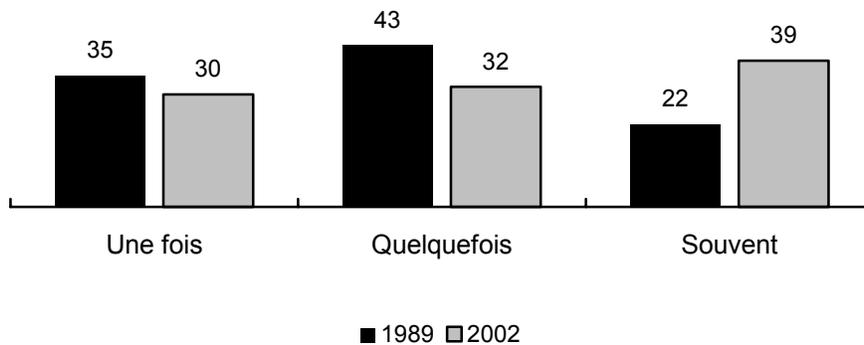


Figure 3D.11 : Fréquence des rapports sexuels parmi les filles sexuellement actives de 9e année/3e secondaire, selon l'année de sondage (%)

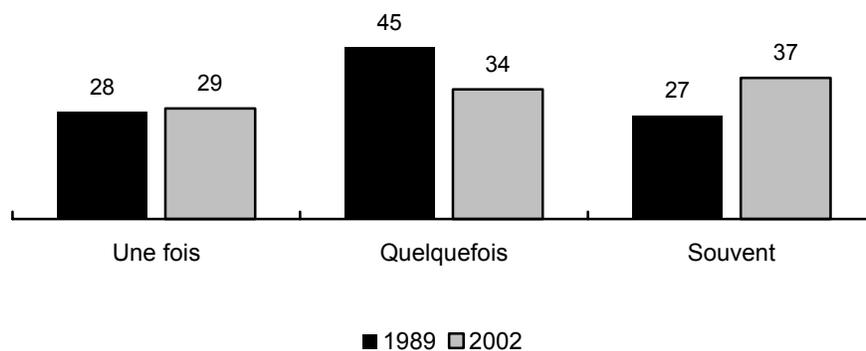


Figure 3D.12 : Fréquence des rapports sexuels parmi les garçons sexuellement actifs de 11e année/5e secondaire, selon l'année de sondage (%)

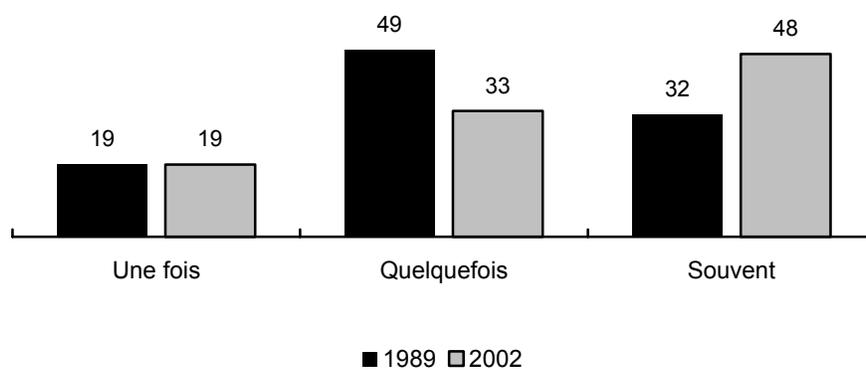
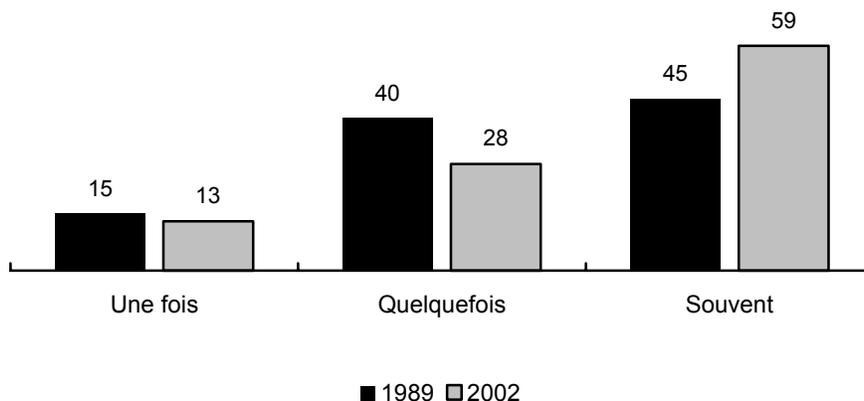


Figure 3D.13 : Fréquence des rapports sexuels parmi les filles sexuellement actives de 11^e année/5^e secondaire, selon l'année de sondage (%)



Motifs d'abstinence

Les élèves participant à l'EJSSVS qui n'étaient pas encore sexuellement actifs étaient invités à désigner l'un des dix motifs suggérés pour expliquer leur abstinence (figures 3D.14 et 3D.15). Au total, le plus couramment invoqué est « Pas encore prêt », réponse du reste plus courante chez les filles que chez les garçons et aussi plus courante chez les élèves de 9^e année ou 3^e secondaire que chez les élèves de 11^e année ou 5^e secondaire. Les garçons ont aussi été plus nombreux que les filles à dire qu'ils n'étaient pas sexuellement actifs parce qu'ils n'avaient pas rencontré la bonne personne. Aucune distinction n'apparaît entre les sexes pour ce qui des « Croyances religieuses », que 4 p. 100 des garçons et 5 p. 100 des filles ont invoquées. Il est intéressant de noter que les éventuels effets négatifs de la sexualité sur la santé ne semblent pas être le principal motif d'abstinence. Seul un petit pourcentage des élèves (et plus de filles que de garçons) cite la crainte de la grossesse comme la principale raison de ne pas avoir de relations sexuelles et moins de 2 p. 100 s'abstiennent d'en avoir par crainte du VIH et du sida ou d'autres ITS. De même, moins de 2 p. 100 des élèves s'abstiennent étant donné la désapprobation de leurs parents ou de leurs amis, ce qui montre que l'opinion négative de la famille et des camarades ne joue pas un grand rôle dans la décision de ne pas avoir de relations sexuelles.

Figure 3D.14 : Motifs d'abstinence, 9e année ou 3e secondaire (%)

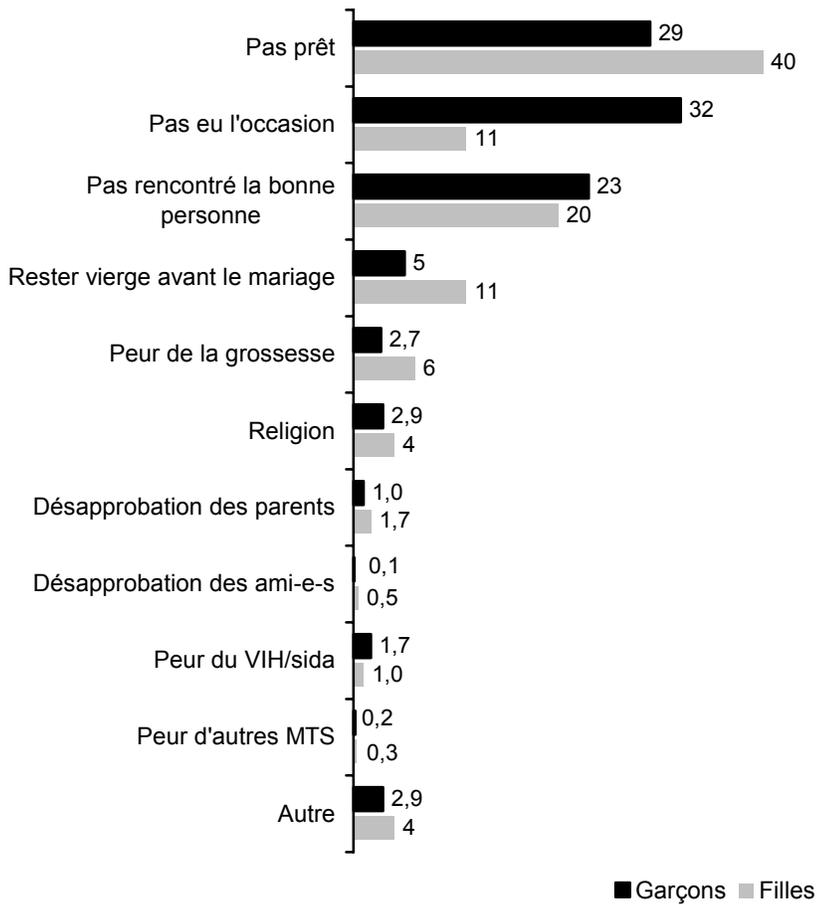
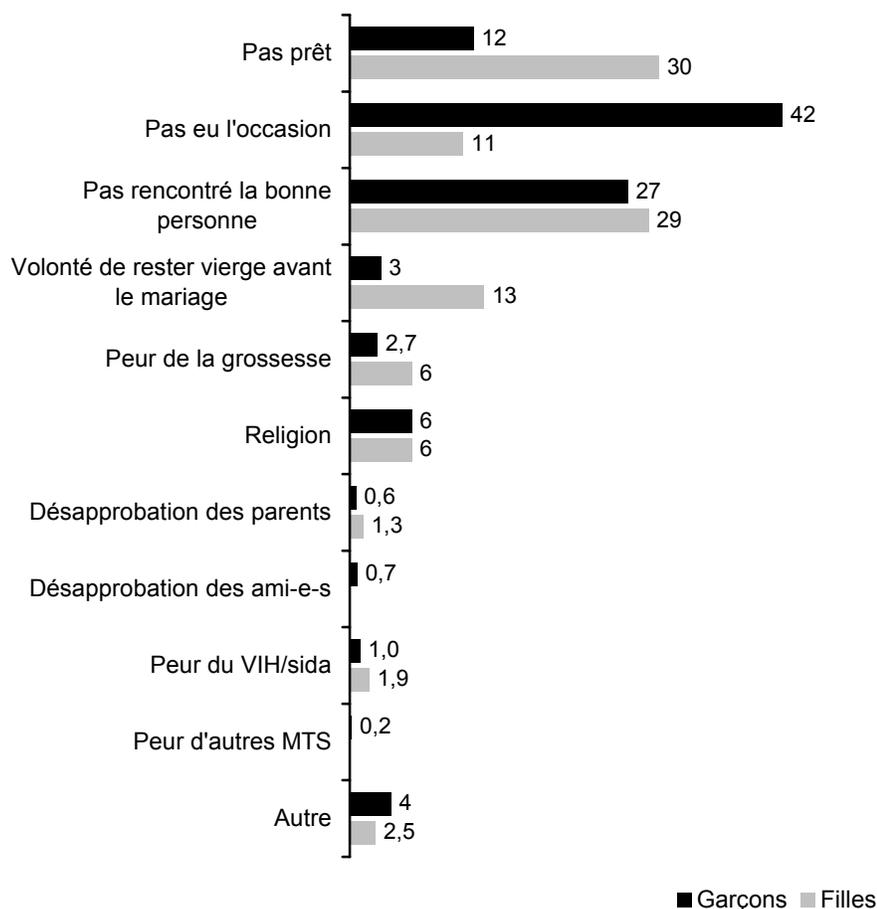


Figure 3D.15 : Motifs d'abstinence, 11e année ou 5e secondaire (%)



Motifs des relations sexuelles

Les élèves sexuellement actifs de 9^e et de 11^e années (3^e et 5^e secondaire) étaient priés de choisir une raison parmi sept suggestions d'avoir eu une première relation sexuelle (figures 3D.16 et 3D.17). Au total, les plus fréquentes sont l'amour, la curiosité ou la volonté d'expérimenter et le fait d'avoir été sous l'influence de drogues ou de l'alcool, mais il faut souligner plusieurs différences entre groupes d'âge et sexes. En 9^e année (3^e secondaire) comme en 11^e année (5^e secondaire), les filles sont plus nombreuses que les garçons à choisir la réponse « Par amour », la proportion étant par ailleurs plus forte pour les deux groupes d'âge parmi les élèves de 11^e année ou 5^e secondaire. Cette différence entre groupes d'âge suggère une maturité plus grande à l'égard de la sexualité chez les adolescentes et adolescents plus âgés. Dans ces deux groupes d'âge, les garçons sont plus nombreux que les filles à invoquer la curiosité ou la volonté d'expérimenter comme réponse principale, motif qui vient au second rang, en général, de tous ceux qui sont invoqués. Moins de 10 p. 100 des élèves disent que l'influence de l'alcool ou de drogues a été la principale raison de leurs premières relations sexuelles. Un pourcentage similaire d'élèves disent n'avoir pas pu résister, les filles de 9^e année ou 3^e secondaire étant plus nombreuses à donner cette réponse. La volonté de perdre sa virginité est le motif invoqué par 10 p. 100 des garçons, tous âges confondus, mais le pourcentage correspondant chez les filles est beaucoup plus faible (3 p. 100). Peu de jeunes ont coché la solitude comme motif des premières relations sexuelles.

Figure 3D.16 : Motifs des premiers rapports sexuels, 9e année ou 3e secondaire (%)

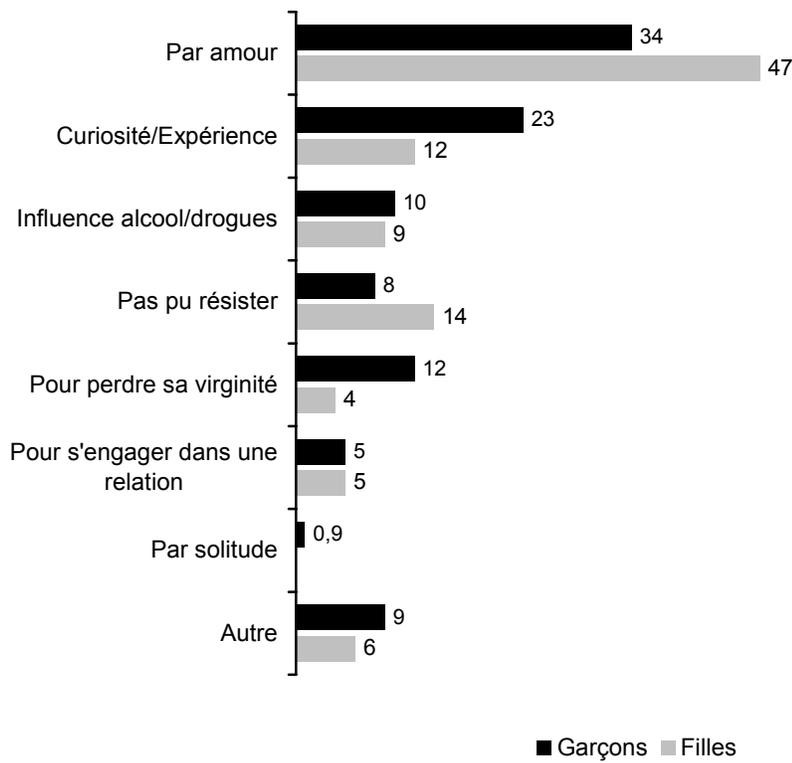
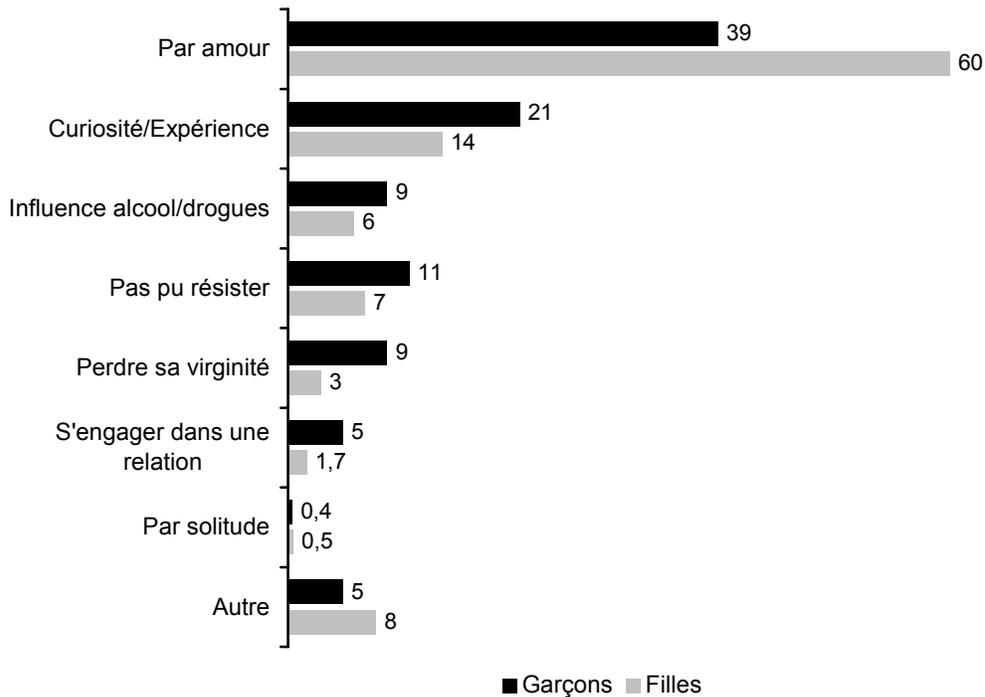


Figure 3D.17: Motifs des premiers rapports sexuels, 11e année ou 5e secondaire (%)



Âge de l'initiation à la sexualité et nombre de partenaires

Les élèves qui se sont dits sexuellement actifs étaient invités à préciser leur comportement sexuel et indiquer par exemple leur âge au moment de la première relation et le nombre de partenaires qu'ils avaient eus à ce jour. Puisque la 11^e année ou la 5^e secondaire représente le groupe d'âge le plus élevé des personnes sondées à l'occasion de l'EJSSVS, l'âge moyen de la première relation sexuelle pour cet échantillon est de 14,1 ans chez les garçons et de 14,5 ans chez les filles. Environ la moitié des élèves qui ont eu des relations sexuelles disent n'avoir eu qu'un seul ou une seule partenaire, mais beaucoup ont répondu en avoir eu 4 ou plus (figures 3D.18 et 3D.19). En règle générale, les garçons font état d'un plus grand nombre de partenaires que les filles. Ainsi, parmi les garçons sexuellement actifs de 9^e année ou 3^e secondaire, 22 p. 100 font état de 4 à 10 partenaires, mais seules 14 p. 100 des filles de ces classes sont dans cette catégorie.

Figure 3D.18 : Nombre de partenaires sexuels parmi les élèves ayant eu des rapports sexuels, 9^e année ou 3^e secondaire (%)

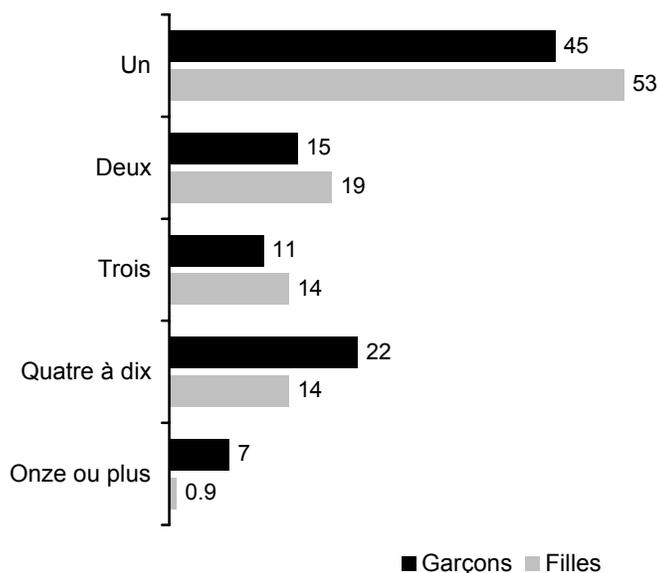
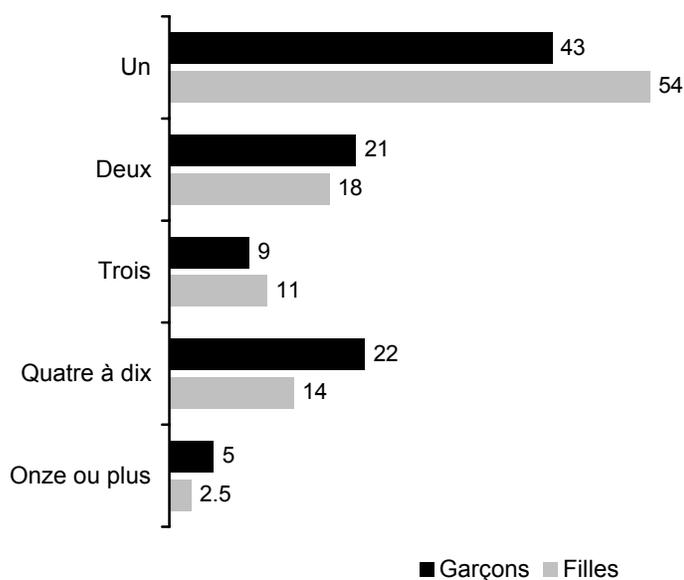


Figure 3D.19 : Nombre de partenaires sexuels parmi les élèves ayant eu des rapports sexuels, 11^e année ou 5^e secondaire (%)



En 1989, les chercheurs n'ont recueilli des données sur le nombre de partenaires sexuels qu'auprès des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire. Il ressort de la comparaison que les élèves de ces classes – et surtout les garçons – sont plus nombreux que ceux de 1989 à n'avoir qu'un ou deux partenaires (figures 3D.20 et 3D.21).

Figure 3D.20 : Nombre de partenaires sexuels parmi les garçons de 11^e année/5^e secondaire ayant eu des rapports sexuels, selon l'année de sondage (%)

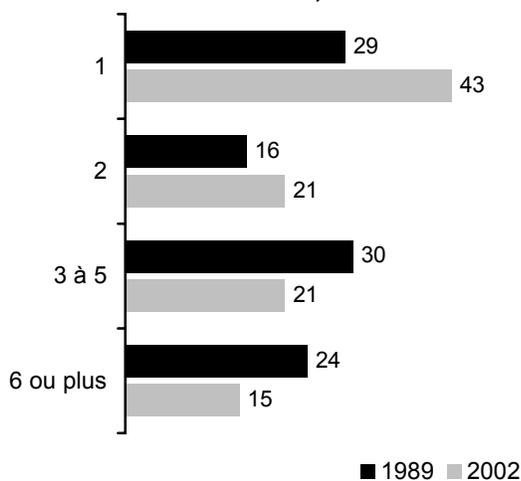
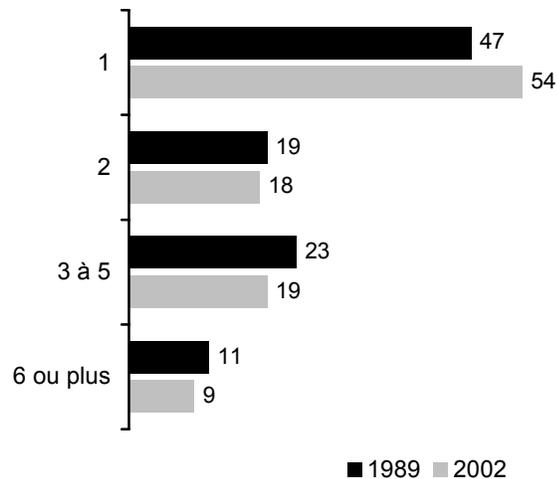


Figure 3D.21 : Nombre de partenaires sexuels parmi les filles de 11e année/5e secondaire ayant eu des rapports sexuels, selon l'année de sondage (%)



E. Protection contre le VIH, le sida et autres ITS

Il est important de comprendre les habitudes et les attitudes des adolescents et adolescentes envers la protection et la contraception pour évaluer le risque qu'ils courent de contracter une ITS, le VIH ou le sida et le risque de grossesse chez les adolescentes. Le nombre de petits amis ou de petites amies des adolescents et adolescentes et leur capacité de communiquer avec leurs partenaires sur l'usage de moyens de contraception et de prévention influent sur l'adoption d'habitudes plus sûres en matière de sexualité.

Mesures de contraception et de protection en usage

De 5 à 10 p. 100 des élèves de 9^e et de 11^e années (3^e et 5^e secondaire) ont dit ne pas avoir utilisé de moyens contraceptifs lors de leur dernière relation sexuelle en date (figures 3E.1 et 3E.2). La proportion d'élèves qui disent avoir eu recours à la pilule et au condom lors de leur dernière relation sexuelle en date va du quart (9^e année ou 3^e secondaire) au tiers (11^e année ou 5^e secondaire). Les réponses à notre sondage appuient la conclusion voulant que la pilule anticonceptionnelle gagne en popularité avec l'âge (Cheesbrough, Ingham et Massey, 1999), ce qui peut expliquer la diminution du pourcentage d'élèves qui disent n'avoir eu recours qu'au condom en 11^e année ou 5^e secondaire, surtout parmi les filles. Mais cette désaffection envers le condom menace les jeunes filles de problèmes de santé puisque les contraceptifs oraux ne protègent pas contre les ITS. La plupart des élèves qui se fient à la méthode du retrait recourent en plus à une autre méthode de protection, et les pourcentages de ceux qui se fient pour le moins en partie au retrait sont notables : 7 p. 100 en 9^e année ou 3^e secondaire et 11 p. 100 en 11^e année ou 5^e secondaire.

Figure 3E.1 : Moyens de contraceptive utilisés lors des derniers rapports sexuels en date, 9e année ou 3e secondaire (%)

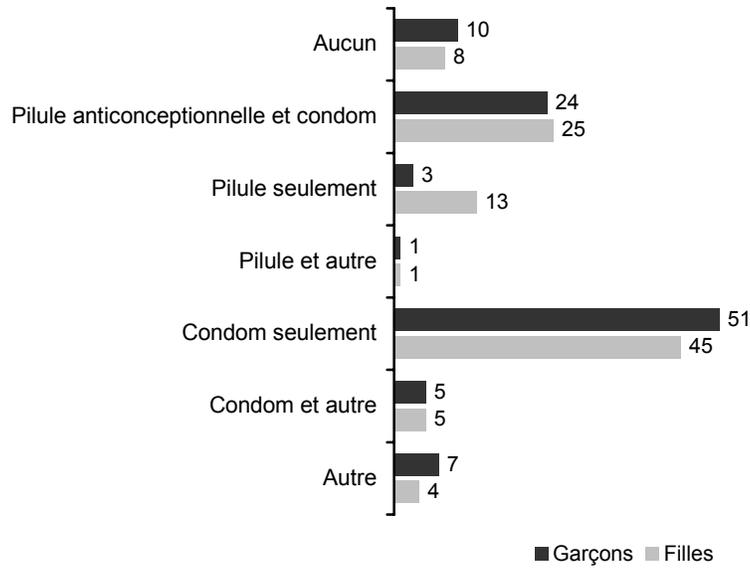
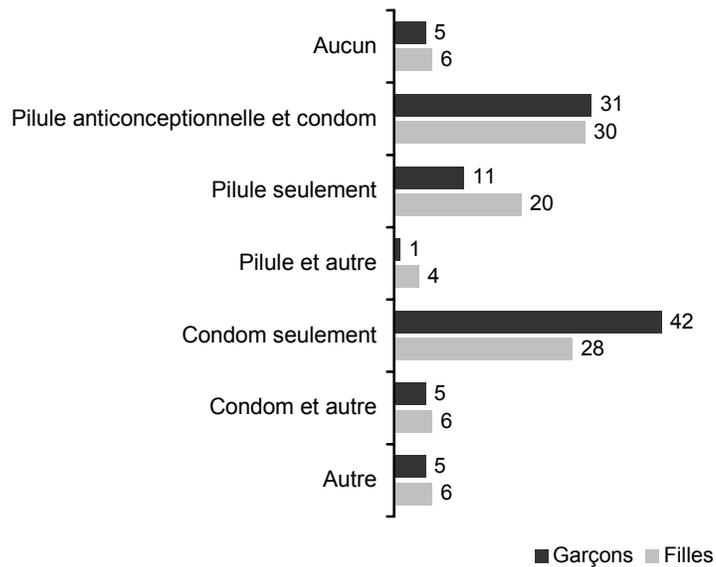


Figure 3E.2 : Moyens de contraceptive utilisés lors des derniers rapports sexuels en date, 11e année ou 5e secondaire (%)



Raisons de ne pas utiliser le condom

Il est essentiel de déterminer pourquoi les jeunes n'utilisent pas le condom. Manifestement, il arrive souvent que les jeunes filles ne s'attendaient pas à avoir des relations sexuelles, mais un pourcentage constant de garçons (28 p. 100) dans les deux classes disent aussi avoir eu des relations sexuelles imprévues (figures 3E.3 et 3E.4). Ces conclusions sont similaires à celles d'autres études sur l'usage du condom par les adolescents et les adolescentes, qui ont établi que le fait de ne pas avoir planifié les relations sexuelles expliquait principalement le fait de ne pas avoir utilisé de condom (Sieving et coll., 1997). Très peu d'élèves de notre échantillon disent ne pas avoir utilisé un condom faute de savoir comment le faire.

Figure 3E.3 : Raison de ne pas avoir utilisé le condom lors des derniers rapports sexuels, 9e année ou 3e secondaire (%)

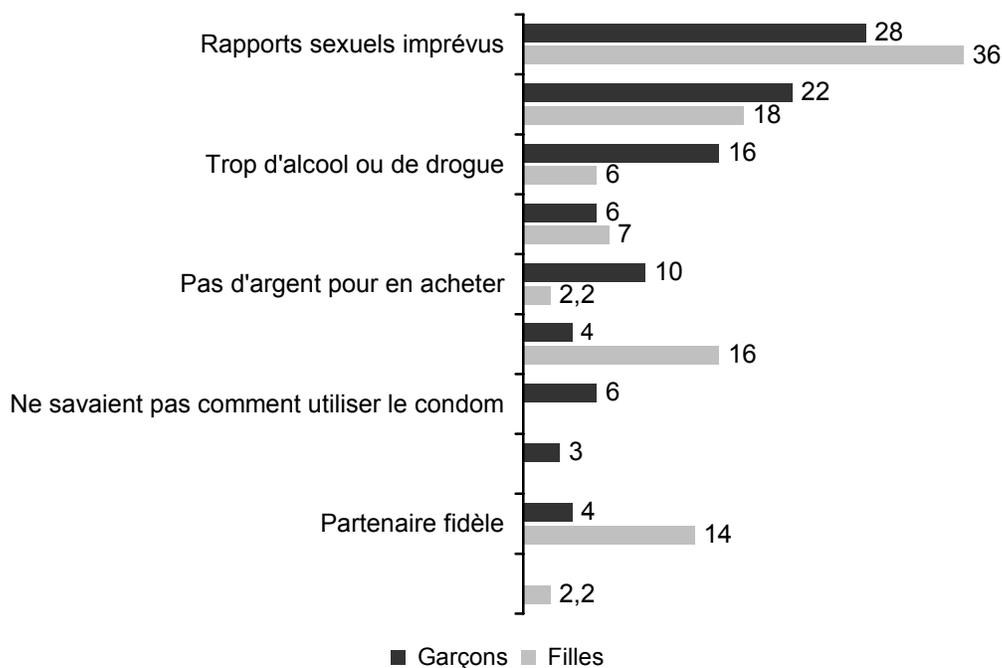
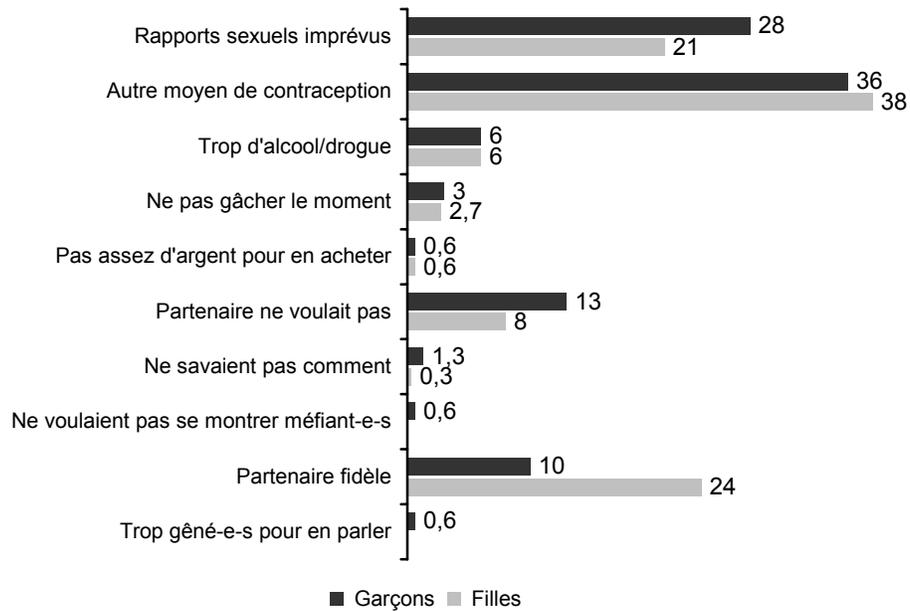


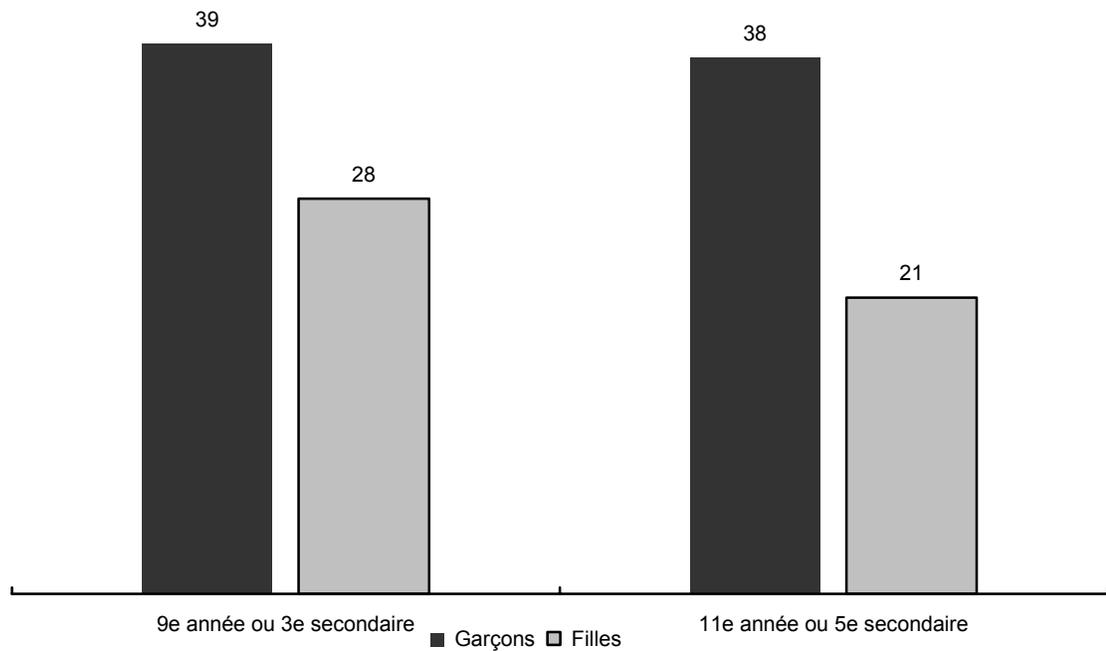
Figure 3E.4 : Raison de ne pas avoir utilisé le condom lors des derniers rapports sexuels, 11e année ou 5e secondaire (%)



Alcool ou drogues et relations sexuelles

Les garçons de 9^e et 11^e années (3^e et 5^e secondaire) étaient plus nombreux que les filles à avoir consommé de l'alcool ou des drogues avant leur dernière relation sexuelle en date (figure 3E.5). Seules 20 p. 100 des filles de 11^e année, contre près de 30 p. 100 des filles de 9^e année, avaient consommé de l'alcool ou des drogues à cette occasion. Les adolescents et adolescentes qui consomment de l'alcool ou des drogues avant d'avoir des relations sexuelles sont moins nombreux à utiliser des mesures de protection ou de contraception comme le condom et risquent donc plus une grossesse, une ITS, le VIH ou le sida (Godin et Michaud, 1996).

Figure 3E.5 : Consommation d'alcool ou de drogues avant les derniers rapports sexuels en date (%)



Grossesse

Les garçons sexuellement actifs de 9^e année ou 3^e secondaire sont deux fois plus nombreux que ceux de 11^e année ou 5^e secondaire à signaler qu'ils ont rendu leur partenaire enceinte, mais la proportion de filles sexuellement actives qui disaient être enceintes est équivalente d'un groupe d'âge à l'autre (figure 3E.6). À l'évidence, le nombre de partenaires augmente le risque de grossesse chez les filles sexuellement actives (figure 3E.7).

Figure 3E.6 : Élèves sexuellement actives devenues enceintes ou élèves sexuellement actifs ayant rendu une fille enceinte (%)

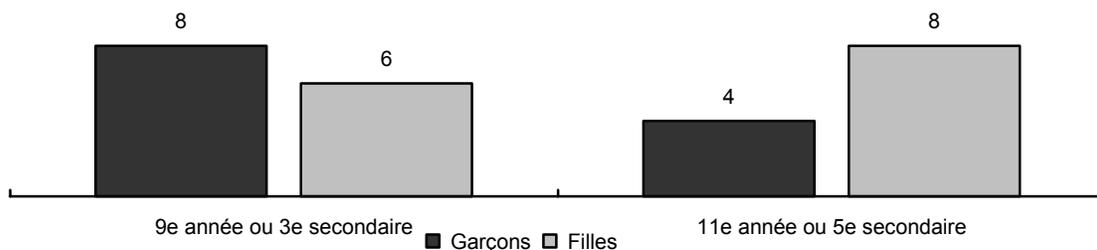
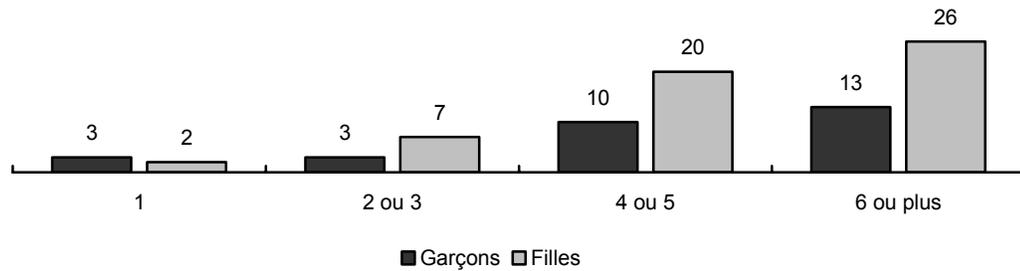


Figure 3E.7 : Élèves sexuellement actives devenues enceintes ou élèves sexuellement actifs ayant rendu une fille enceinte, selon le nombre de partenaires sexuels, 9e et 11e années ou 3e et 5e secondaire (%)



Infections transmises sexuellement

Les infections transmises sexuellement (ITS) ont une incidence disproportionnée et à long terme sur les filles. Le pourcentage des élèves de notre échantillon scolaire qui disent avoir contracté une ITS est inférieur à 1 p. 100 (figure 3E.8), mais les élèves qui sont dans cette situation sont en général ceux qui ont eu de multiples partenaires (figure 3E.9).

Figure 3E.8 : Élèves ayant ou ayant eu une MTS (%)

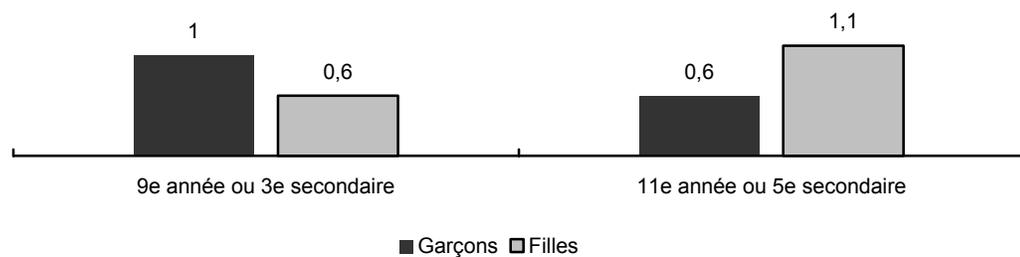
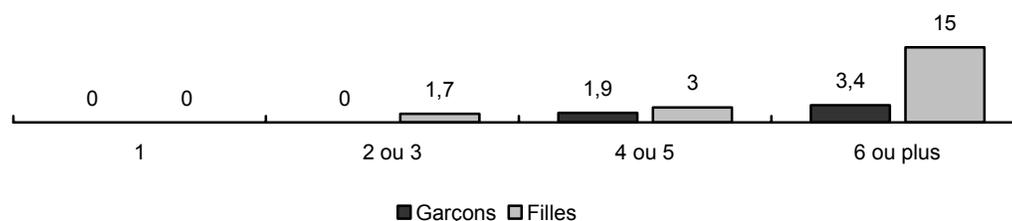
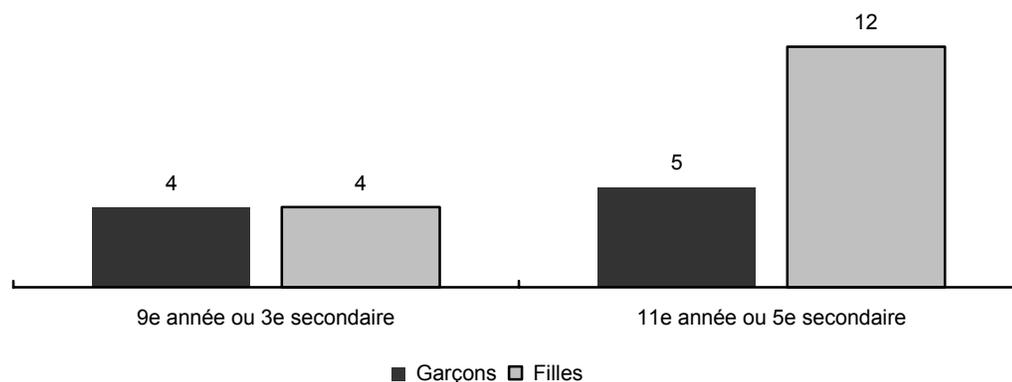


Figure 3E.9 : Élèves ayant une ITS, selon le nombre de partenaires sexuels, 9e et 11e années ou 3e et 5e secondaire (%)



Bien que 23 p. 100 des garçons et 19 p. 100 des filles se disent sexuellement actifs en 9^e année, seuls 4 p. 100 des élèves, garçons ou filles, ont subi un test de dépistage d'ITS (figure 3E.10). En 11^e année, 5 p. 100 des garçons et 12 p. 100 des filles auraient subi ce genre de test alors que près de la moitié (40 p. 100 des garçons et 46 p. 100 des filles) sont sexuellement actifs. Il n'y a pas de données disponibles sur d'éventuels obstacles aux tests de dépistage des ITS chez les adolescents et les adolescentes au Canada ni sur l'inaccessibilité potentielle des services de santé préventifs (Radford, 1998).

Figure 3E.10 : Élèves ayant subi un test de dépistage d'infection transmissible sexuellement (%)



La gêne à l'idée de consulter un médecin ou une infirmière pourrait faire obstacle au dépistage des ITS. En effet, près du quart des élèves de 9^e année disent qu'ils se sentiraient mal à l'aise de consulter un médecin ou une infirmière s'ils craignaient avoir une ITS (figure 3E.11). Toutefois, 85 p. 100 des élèves de 11^e année semblent désireux d'avouer à leur partenaire sexuelle une éventuelle ITS (figure 3E.12).

Figure 3E.11 : Élèves se disant trop gênés ou gênées pour consulter un médecin ou une infirmière s'ils avaient une ITS (% tout à fait d'accord et d'accord)

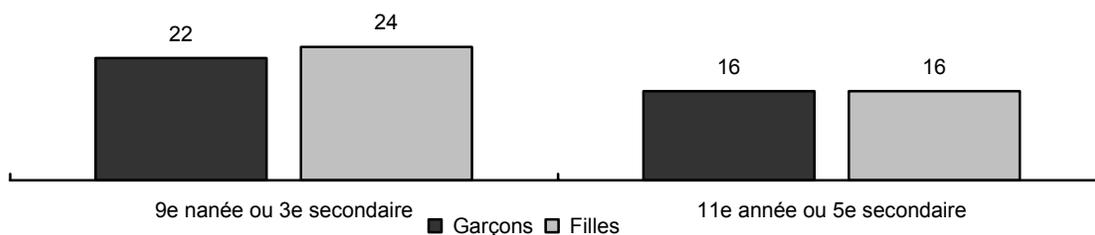
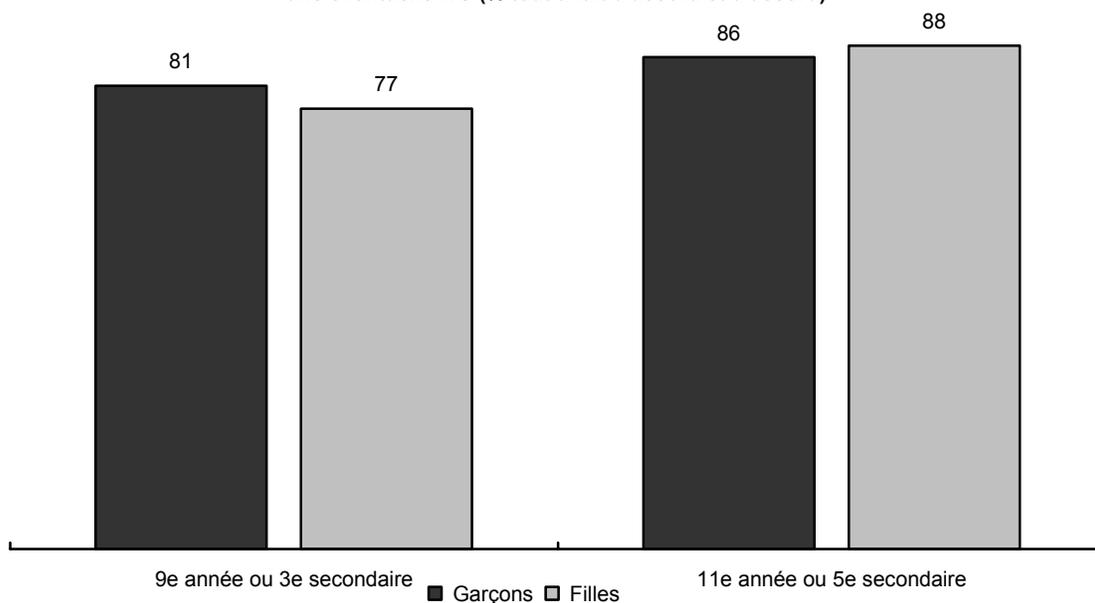


Figure 3E.12 : Élèves qui confieraient à leur partenaire une éventuelle ITS (% tout à fait d'accord et d'accord)



Attitudes envers l'usage du condom

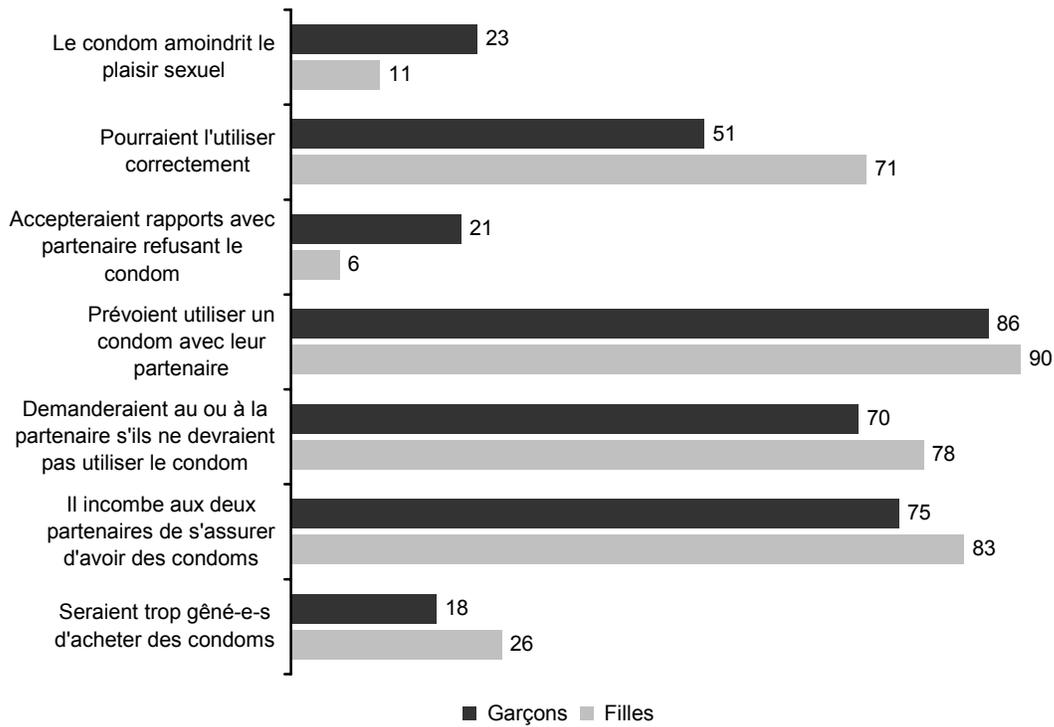
Les élèves ont répondu à une gamme de questions sur leurs attitudes à l'égard de l'usage du condom (figure 3E.13 et 3E.14). Les filles semblent insister davantage sur cet usage. Seules 6 p. 100 des filles de 9^e année (3^e secondaire) et 10 p. 100 des filles de 11^e année (5^e secondaire) conviennent qu'elles accepteraient des relations sexuelles avec un partenaire qui ne voudrait pas utiliser un condom, contre 21 p. 100 des garçons en 9^e année et 23 p. 100 en 11^e année.

La grande majorité des élèves de 9^e et 11^e années (3^e et 5^e secondaire) disent avoir l'intention d'utiliser un condom avec leurs partenaires. Pourtant près du quart des filles de ces deux classes sont trop gênées d'en acheter, un quart n'oseraient pas demander à leurs partenaires d'en utiliser et plus du cinquième n'ont pas l'impression que la responsabilité d'avoir des condoms relève des deux partenaires. De 12 et 18 p. 100 des garçons des deux classes se disent trop gênés pour acheter des condoms; près de 30 p. 100 ne demanderaient pas à leur partenaire d'y recourir. Enfin, de 20 à 25 p. 100 ne croient pas que la responsabilité de disposer de condoms incombe aux deux partenaires. Les garçons sont plus susceptibles que les filles d'estimer que le condom amoindrit le plaisir sexuel.

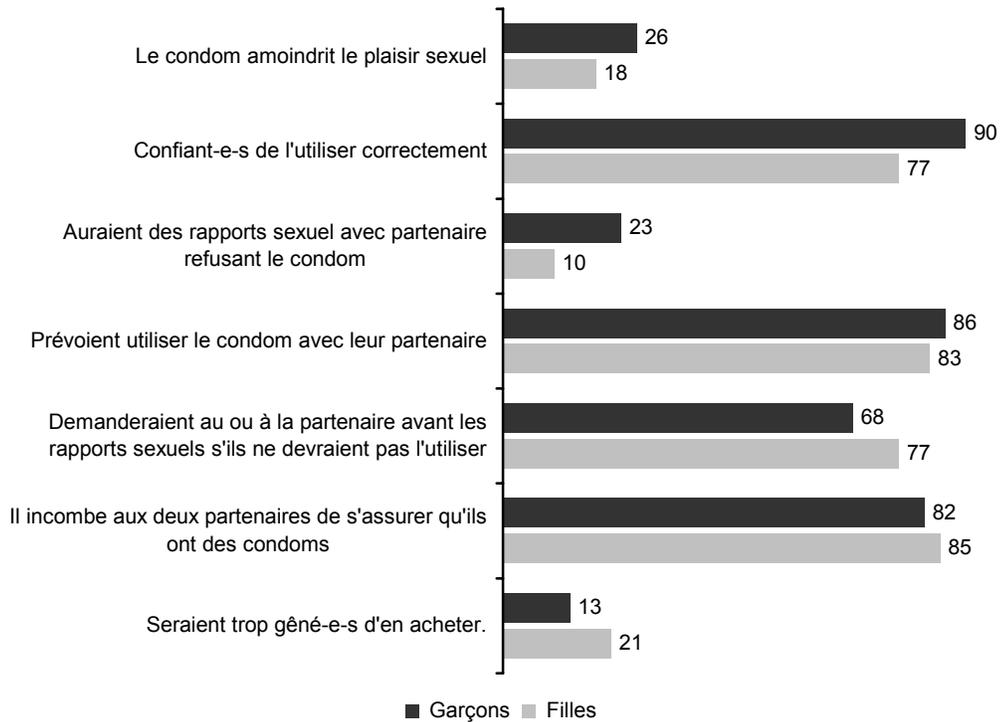
Les adolescents et adolescentes doivent communiquer davantage entre eux sur les méthodes de contraception et de protection. Ceux qui discutent avec aisance avec leurs partenaires sont plus à même d'utiliser le condom que ceux qui sont moins à l'aise (Shoop et Davidson, 1994). Certaines études montrent que les filles sont moins susceptibles de négocier l'usage du condom (Murphy, 1998; Shrier et coll., 2001), mais les trois quarts des filles de notre échantillon ont répondu qu'avant d'avoir des relations sexuelles, elles demanderaient à leur partenaire d'utiliser un condom, ce qui révèle le sentiment de maîtriser la relation et la capacité de choisir un comportement sexuel moins dangereux.

En 11^e année, près de 90 p. 100 des garçons sont certains d'utiliser le condom correctement, contre seulement 50 p. 100 en 9^e année (3^e secondaire). Cette certitude ne varie pas tellement en fonction de l'âge chez les filles (de 70 p. 100 en 9^e année ou 3^e secondaire à 77 p. 100 en 11^e année ou 5^e secondaire). Fait intéressant : en 9^e année ou 3^e secondaire, les filles sont plus nombreuses que les garçons à avoir l'impression d'utiliser le condom correctement. Ces résultats donnent à penser que les filles ont été initiées plus tôt aux relations sexuelles ou qu'elles ont des relations avec des garçons plus vieux qu'elles et donc plus au fait de l'utilisation du condom.

**Figure 3E.13 : Intentions et attitudes à l'égard du condom
9e année/3e secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)**



**Figure 3E.14 : Intentions et attitudes envers le condom
11e année ou 5e secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)**



Orientation sexuelle et attitudes à l'égard du condom

Même si la plupart des élèves ne sont pas encore sexuellement actifs, leur attitude actuelle peut influencer sur les mesures de précautions qu'ils prendront plus tard pour éviter le VIH et le sida ainsi que les ITS. Les figures 2B.11 et 2B.12 (chapitre 2) montrent que moins de 2 p. 100 de garçons et moins de 3 p. 100 de filles des deux classes supérieures se disent homosexuels ou bisexuels. L'examen des relations sexuelles chez les élèves qui ne sont pas hétérosexuels doit donc tenir compte de la faiblesse de l'effectif de ces groupes.

L'attitude envers le condom a été évaluée auprès des élèves de 9^e et de 11^e années (3^e et 5^e secondaire), le but étant de voir si elle diffère selon l'orientation sexuelle. Les garçons homosexuels ou bisexuels de 11^e année ou 5^e secondaire ont été moins nombreux à souscrire à l'énoncé voulant que le condom nuise au plaisir sexuel. Les filles qui éprouvent de l'attirance pour les filles ou à la fois pour les garçons et les filles sont plus nombreuses aussi à se dire d'accord que les filles qui éprouvent de l'attirance pour les garçons seulement (figures 3E.15 et 3E.16).

Figure 3E.15 : « Je pense que le condom amoindrit le plaisir sexuel. » - Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement (% tout à fait d'accord et d'accord)

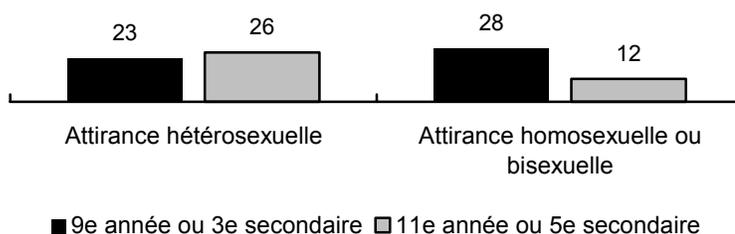
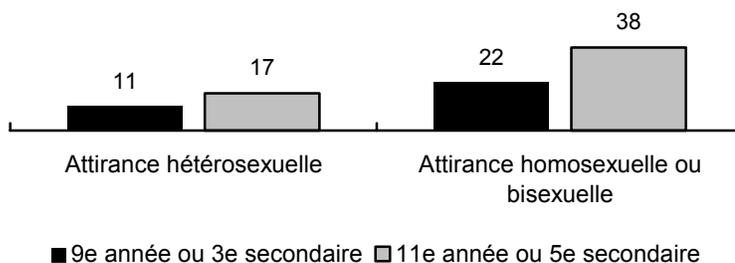


Figure 3E.16 : « Je pense que le condom amoindrit le plaisir sexuel. » - Selon l'orientation sexuelle Filles seulement (% tout à fait d'accord et d'accord)



Les garçons hétérosexuels sont plus nombreux à faire confiance à l'usage du condom que les garçons homosexuels ou bisexuels. La proportion des filles homosexuelles qui font confiance au condom est sensiblement la même que la proportion de filles bisexuelles (figures 3E.17 et 3E.18).

Figure 3E.17 : « Je sais que je pourrais utiliser un condom correctement. » - Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement (% tout à fait d'accord et d'accord)

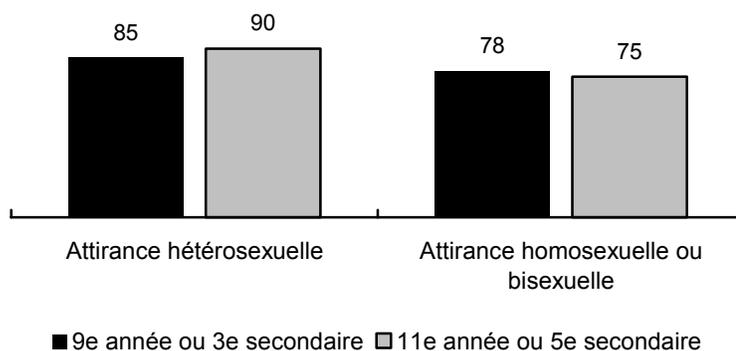
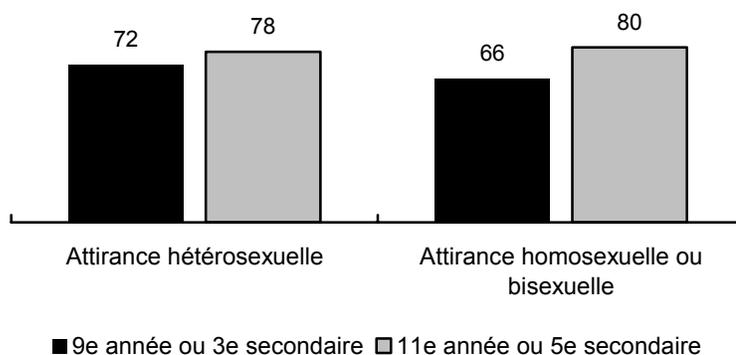


Figure 3E.18 : « Je sais que je pourrais utiliser un condom correctement. » - Selon l'orientation sexuelle - Filles seulement (% tout à fait d'accord et d'accord)



En 11^e année ou 5^e secondaire, les garçons homosexuels ou bisexuels sont légèrement plus nombreux que les garçons hétérosexuels à répondre qu'ils auraient des relations sexuelles avec un ou une partenaire qui refuserait l'usage du condom (figures 3E.19 et 3E.20). Toutefois, il n'y a pas de telle distinction chez les garçons de 9^e année ou 3^e secondaire. De même, les filles homosexuelles ou bisexuelles sont plus nombreuses que les hétérosexuelles à souscrire à cet énoncé.

Figure 3E.19 : « J'accepterais d'avoir des rapports sexuels avec un ou une partenaire qui refuserait qu'on utilise un condom. » - Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement (% tout à fait d'accord et d'accord)

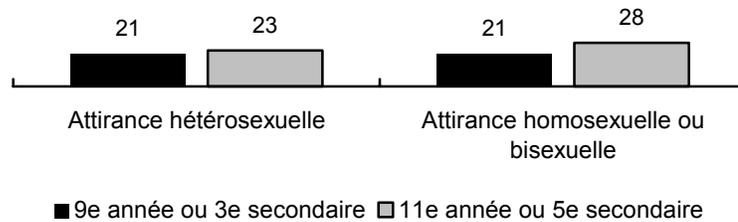
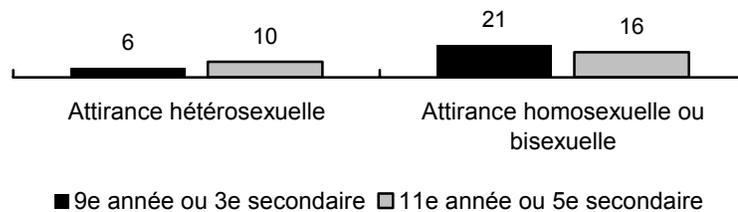


Figure 3E.20 : « J'accepterais d'avoir des rapports sexuels avec un ou une partenaire qui refuserait qu'on utilise un condom. » - Selon l'orientation sexuelle - Filles seulement (% tout à fait d'accord et d'accord)



Dans les deux classes, les élèves hétérosexuels – garçons et filles – sont légèrement plus nombreux à se dire d'accord avec l'énoncé « J'ai l'intention qu'on utilise un condom avec mon, ma ou mes partenaires sexuels. » que les élèves homosexuels ou bisexuels (figures 3E.21 et 3E.22).

Figure 3E.21 : J'ai l'intention d'utiliser un condom avec ma, mon ou mes pasrtenaires sexuels. - Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement (% tout à fait d'accord et d'accord)

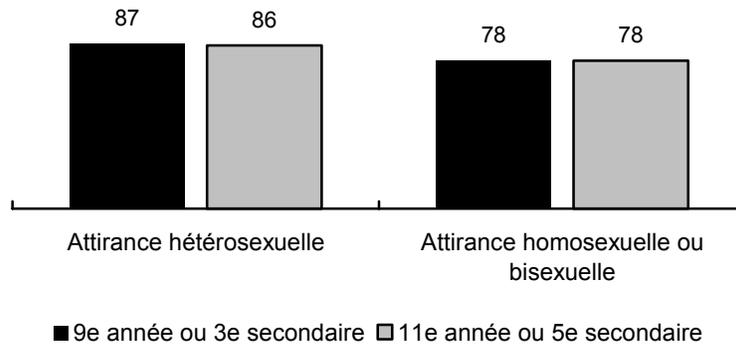
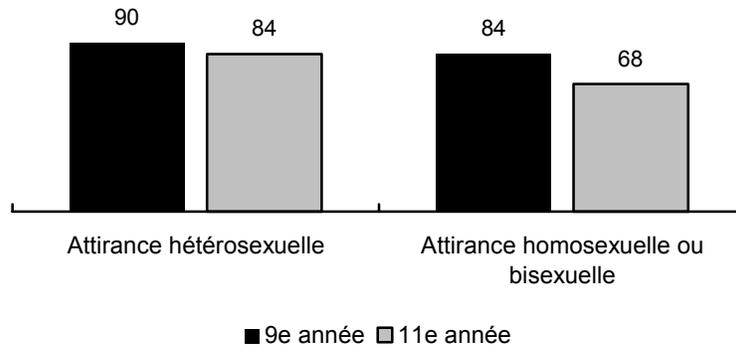
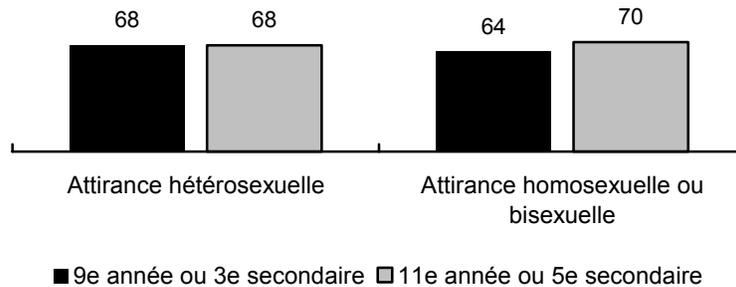


Figure 3E.22 : J'ai l'intention d'utiliser un condom avec ma, mon ou mes pasrtenaires sexuels. - Selon l'orientation sexuelle - Filles seulement (% tout à fait d'accord et d'accord)

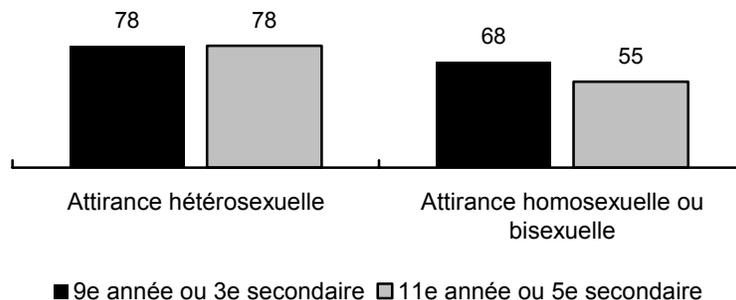


Les filles hétérosexuelles sont plus nombreuses à dire que « Avant d’avoir des rapports sexuels, je demanderais à mon ou à ma partenaire si nous ne devrions pas utiliser un condom. » que les homosexuelles ou les bisexuelles (figures 3E.23 et 3E.24). En revanche, on n’observe aucune relation entre l’orientation sexuelle et l’assentiment à cette idée chez les garçons.

**Figure 3E.23 : « Avant d'avoir des rapports sexuels, je demanderais à mon ou ma partenaire si nous ne devrions pas utiliser un condom. »
Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement
(% tout à fait d'accord et d'accord)**

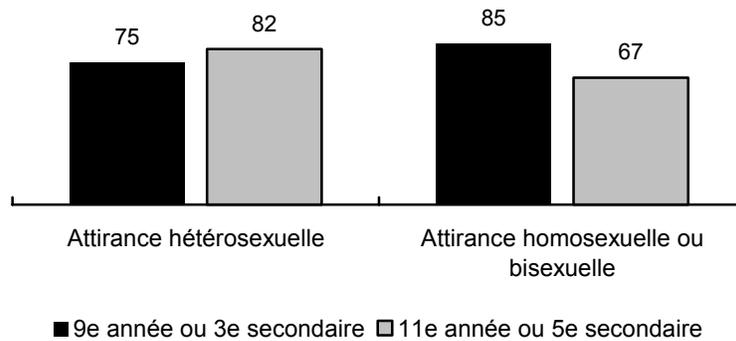


**Figure 3E.24 : « Avant d'avoir des rapports sexuels, je demanderais à mon ou ma partenaire si nous ne devrions pas utiliser un condom. »
Selon l'orientation sexuelle - Filles seulement
(% tout à fait d'accord et d'accord)**

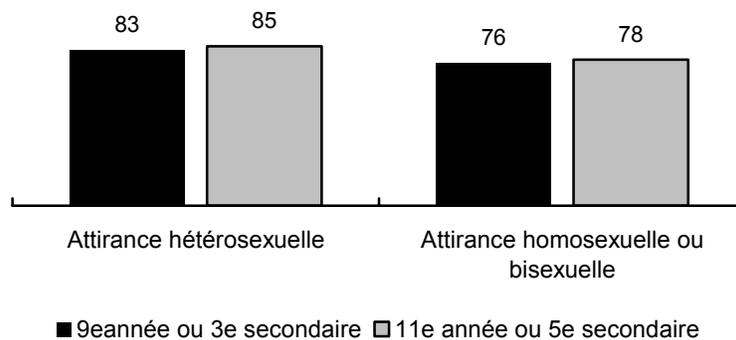


En règle générale, les élèves hétérosexuels sont plus nombreux à dire qu'il appartient aux deux partenaires de s'assurer d'avoir des condoms. À cela, une exception : parmi les élèves de 9^e année ou 3^e secondaire, les garçons homosexuels ou bisexuels sont plus nombreux à être d'accord que les élèves hétérosexuels (figures 3E.25 et 3E.26).

**Figure 3E.25 : « Il incombe aux deux partenaires de s'assurer qu'ils ont des condoms. »
Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement
(% tout à fait d'accord et d'accord)**



**Figure 3E.26 : « Il incombe aux deux partenaires de s'assurer qu'ils ont des condoms. »
Selon l'orientation sexuelle - Filles seulement
(% tout à fait d'accord et d'accord)**



Les garçons hétérosexuels de 9^e année ou 3^e secondaire se disent plus intimidés que les homosexuels ou bisexuels à l'idée d'acheter des condoms. À l'inverse, les garçons bisexuels ou homosexuels de 11^e année ou 5^e secondaire sont plus nombreux à être trop gênés pour acheter des condoms que leurs homologues hétérosexuels (figures 3E.27 et 3E.28). Chez les filles, la gêne ne semble pas liée à l'orientation sexuelle.

Figure 3E.27 : « Cela me gênerait trop d'acheter des condoms. » Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement (% tout à fait d'accord et d'accord)

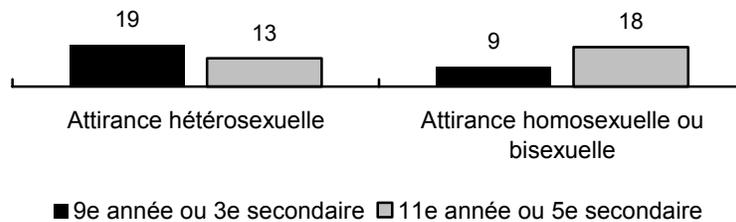
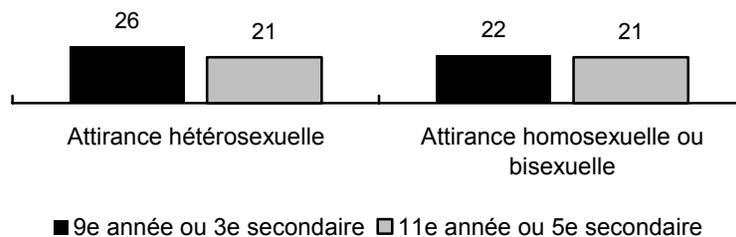


Figure 3E.28 : « Cela me gênerait trop d'acheter des condoms. » Selon l'orientation sexuelle - Filles seulement (% tout à fait d'accord et d'accord)



En règle générale, les adolescentes et adolescents hétérosexuels font état d'attitudes plus positives envers le condom que les élèves homosexuels ou bisexuels. Les élèves homosexuels ou bisexuels de 11^e année ou 5^e secondaire, en particulier, semblent moins enclins à utiliser le condom et leur état de santé pourrait donc s'en trouver plus compromis.

Protection contre le VIH et le sida

Bien qu'une personne atteinte du VIH et du sida puisse ne pas présenter de symptômes avant de nombreuses années, la grande majorité des élèves, tous âges confondus, estiment pouvoir se protéger contre le virus (figure 3E.29). Les élèves de 9^e et 11^e années (3^e et 5^e secondaire) sondés en 2002 craignent d'ailleurs moins de contracter le virus du sida que ceux de l'échantillon de 1989 (figure 3E.30). Cette différence est probablement due à la vulnérabilité qu'éprouvaient les adolescentes et les adolescents au cours des années 80 et à l'attention plus soutenue prêtée au VIH et au sida à l'époque.

Figure 3E.29 : « Je sais quoi faire pour ne pas attraper le virus du sida. »
(% tout à fait d'accord et d'accord)

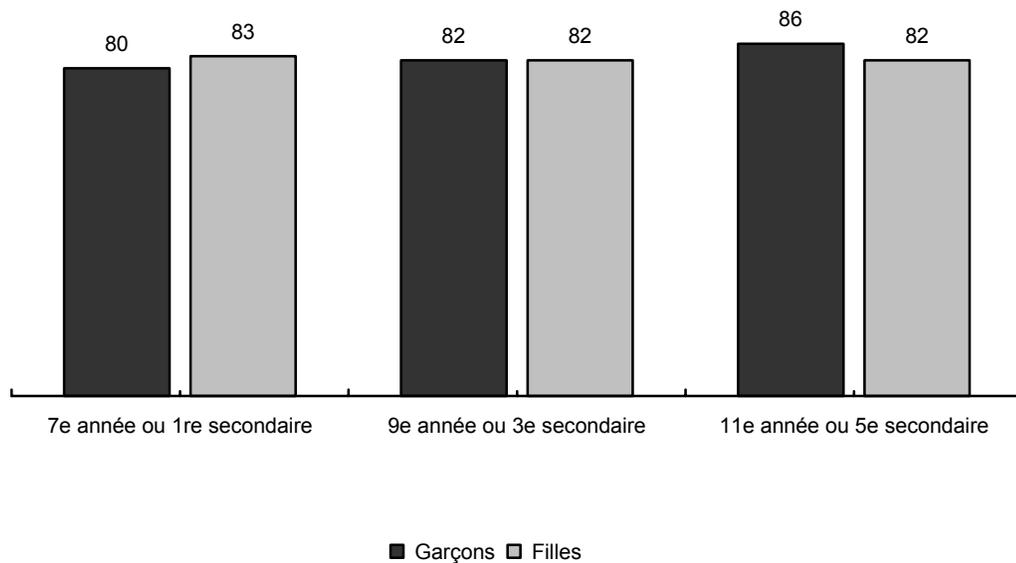
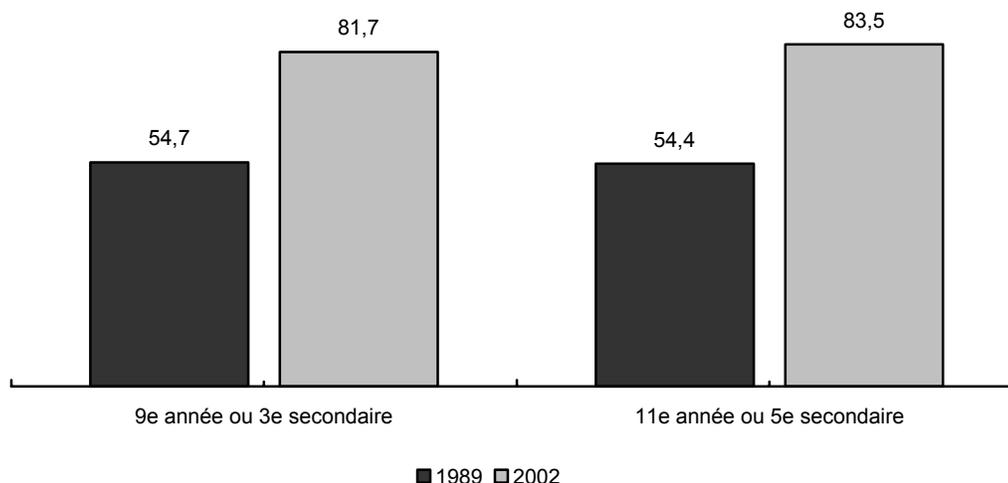


Figure 3E.30 : « Je sais quoi faire pour ne pas attraper le virus du sida. »
Selon l'année de sondage (% tout à fait d'accord et d'accord)



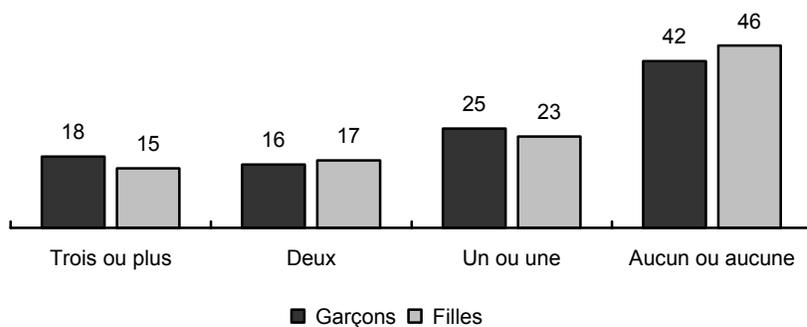
Il peut y avoir un lien entre la perception qu'ont les jeunes de la vulnérabilité aux conséquences négatives des relations sexuelles et leur recours subséquent aux mesures de protection. Hingson et ses collègues (1990) ont constaté que les jeunes de 16 à 19 ans qui craignaient de contracter le sida étaient trois fois plus enclins à utiliser le condom que ceux et celles qui n'étaient pas préoccupés par la question. Par contre, d'autres études faites en Europe et aux États-Unis sur la perception qu'y ont les jeunes du risque d'une infection au VIH ont conclu que la proportion des jeunes qui disaient être à risque avait considérablement diminué avec le temps (Graham, 1994).

F. Fréquentations et relations

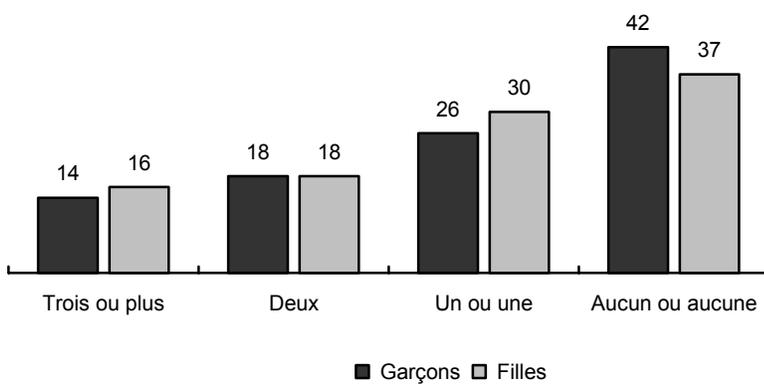
Les comportements relatifs à la santé sexuelle doivent être étudiés dans le contexte des fréquentations et des relations amoureuses des adolescentes et des adolescents. Leurs expériences hétérosexuelles se produisent généralement au sein d'un groupe de camarades, ce dernier étant propice aux sorties collectives et aux interactions avec les jeunes de l'autre sexe avant l'émergence de relations amoureuses (Wyndol, 2002). Kotchick et ses collaborateurs (2001) ont décrit les relations chez les adolescentes et adolescents comme des monogamies séquentielles de courte durée. Il ressort de l'étude sur notre échantillon (figure 3F.1) que plus les élèves avancent en âge, moins ils ont de petites amies ou petits amis différents au cours d'une période donnée. Plus du quart des élèves de 7^e et de 9^e années disent n'en avoir eu qu'une seule ou un seul au cours des 12 derniers mois, et plus de 15 p. 100 font état de relations multiples. Près de 40 p. 100 des élèves de 11^e année font état d'une seule petite amie ou d'un seul petit ami assidus au cours des 12 mois précédents et seuls 10 p. 100 disent en avoir trois ou plus.

Figure 3F.1 : Nombre de petites amies ou de petits amis réguliers au cours des 12 derniers mois (%)

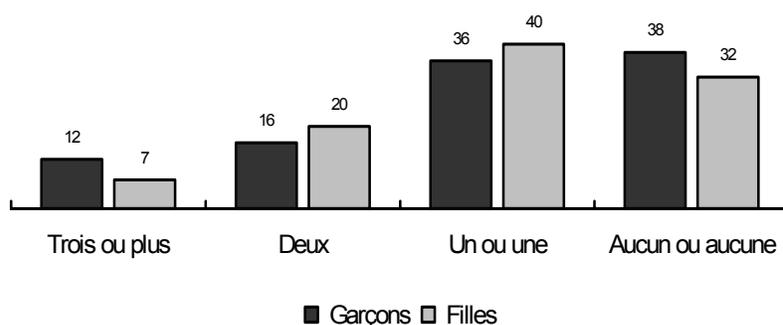
7^e année/1^{re} secondaire



9^e année/3^e secondaire

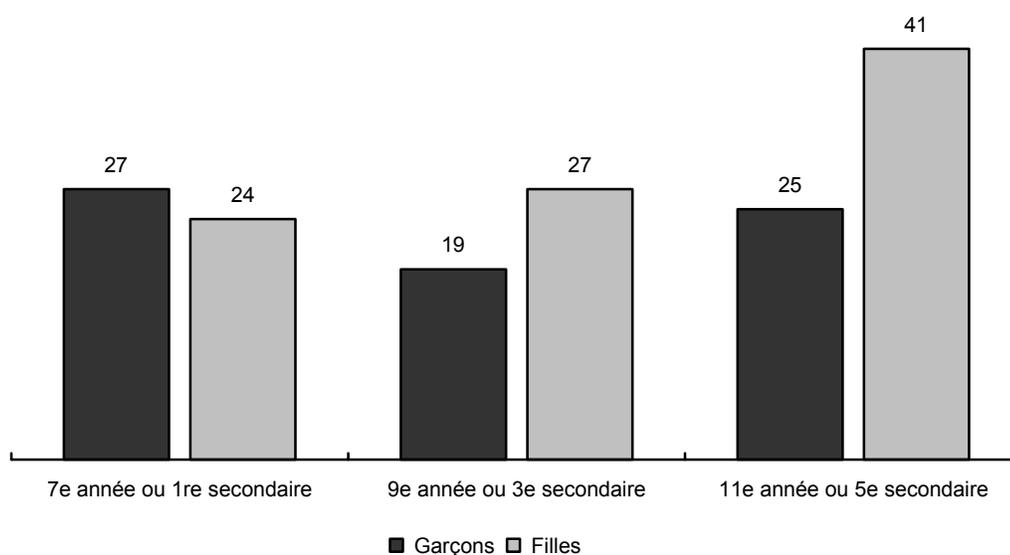


11^e année/5^e secondaire



Les relations à l'adolescence vont de liens sans amour et de courte durée à des relations plus étroites, au sein desquels les liens sont plus liés et plus affectueux (Nieder et Seiffge-Krenke, 2001; Shulman et Seiffge-Krenke, 2001). De même, au sein de l'échantillon de l'EJSSVS, les relations semblent plus durables à mesure que les élèves avancent en âge (figure 3F.2). En 7^e année ou 1^{re} secondaire, les garçons sont un peu plus nombreux que les filles à signaler une petite amie ou un petit ami assidu. La situation change en 9^e et 11^e années (3^e ou 5^e secondaire) où les filles sont considérablement plus nombreuses que les garçons à faire état d'une petite amie ou d'un petit ami assidus. L'écart vient peut-être de ce que les filles cherchent une relation avec des garçons plus vieux et prêts à s'engager dans une relation plus intime.

Figure 3F.2 : Élèves ayant actuellement une petite amie régulière ou un petit ami régulier (%)



Dynamique des relations

Il y a un lien étroit entre la dynamique de communication et la prise des décisions ainsi que la qualité des relations (Cupach et Metts, 1991). Seuls les élèves qui avaient une relation amoureuse au moment de l'EJSSVS ont été interrogés sur les décisions relatives à l'emploi du temps et à la responsabilité financière des achats faits ensemble. À mesure que les élèves progressent en âge, de la 7^e année ou 1^{re} secondaire à la 11^e année ou 5^e secondaire, les garçons sont plus nombreux que les filles à participer aux décisions sur la façon de passer le temps (figures 3F.3 to 3F.5). Bien que le partage des responsabilités financières s'améliore de la 7^e année ou 1^{re} secondaire à la 9^e puis à la 11^e années (3^e à la 5^e secondaire), le tiers des filles ont répondu que le garçon réglait généralement les achats faits ensemble (figures 3F.6 à 3F.8).

Figure 3F.3 : C'est le petit ami ou la petite amie qui décide de l'emploi du temps, 7^e année ou 1^{re} secondaire (%)

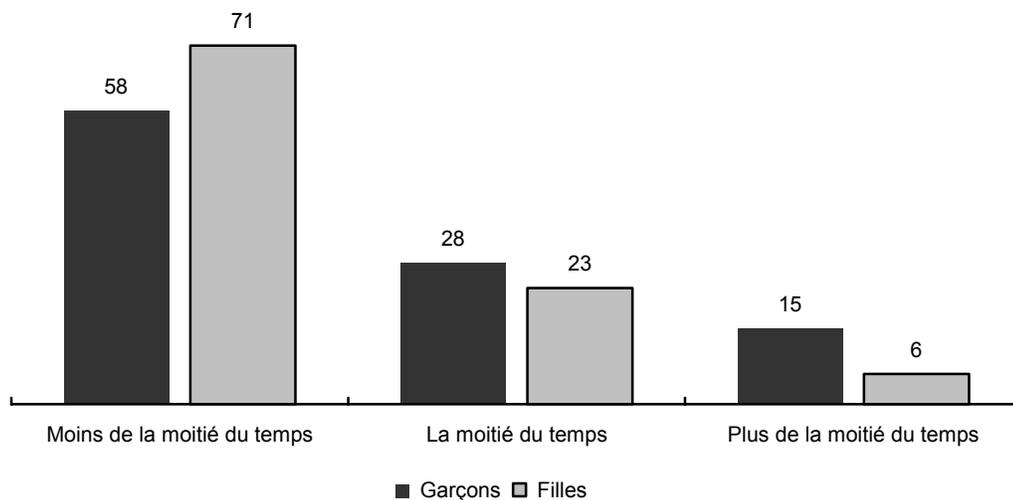


Figure 3F.4: C'est le petit ami ou la petite amie qui décide de l'emploi du temps, 9e année ou 3e secondaire (%)

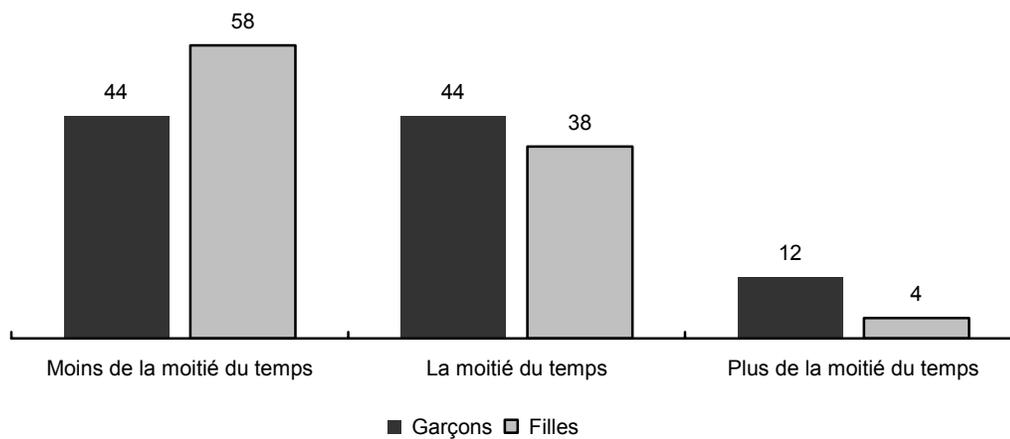
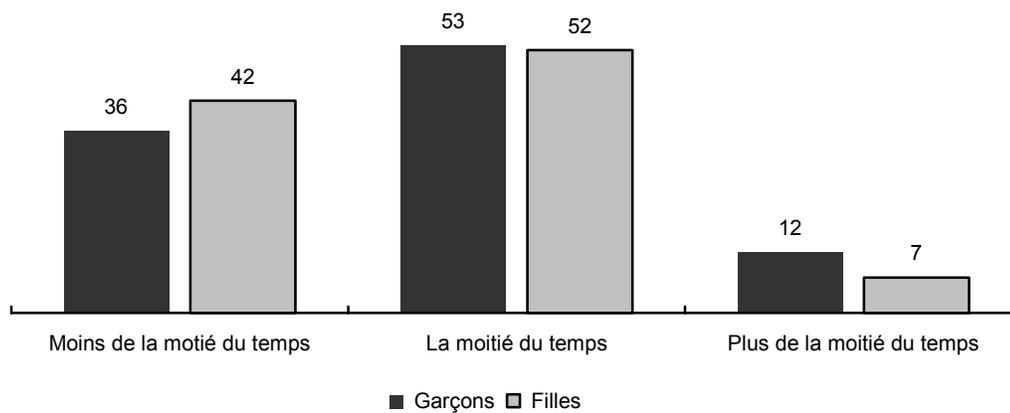


Figure 3F.5 : C'est le petit ami ou la petite amie qui décide de l'emploi du temps, 11e année ou 5e secondaire (%)



**Figure 3F.6 : Le petit ami ou la petite amie paie les achats faits ensemble
7e année ou 1re secondaire (%)**

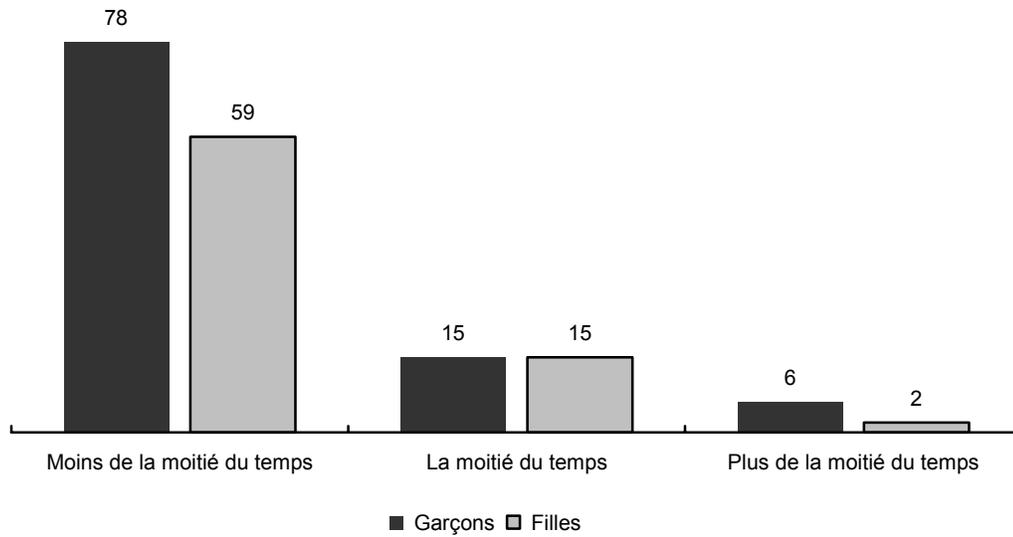


Figure 3F.7 : Le petit ami ou la petite amie paie les achats faits ensemble, 9e année ou 3e secondaire (%)

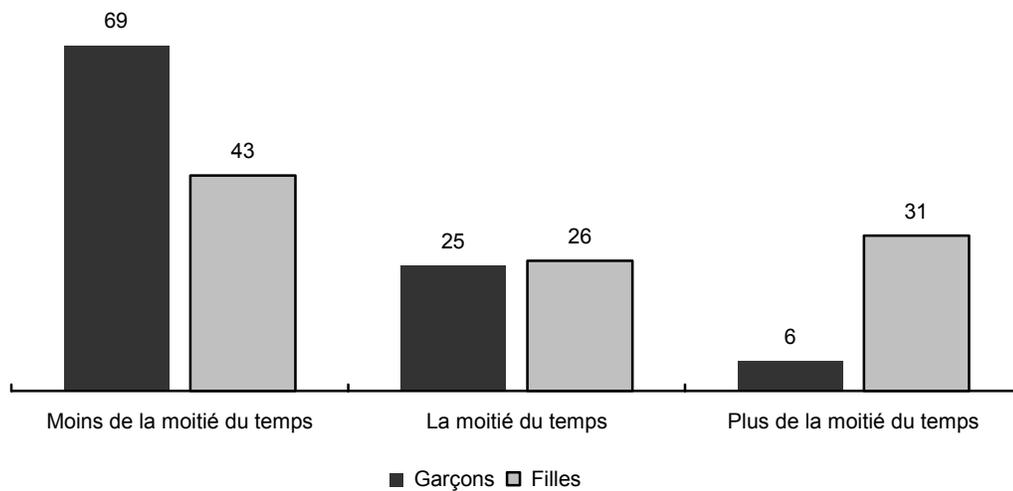
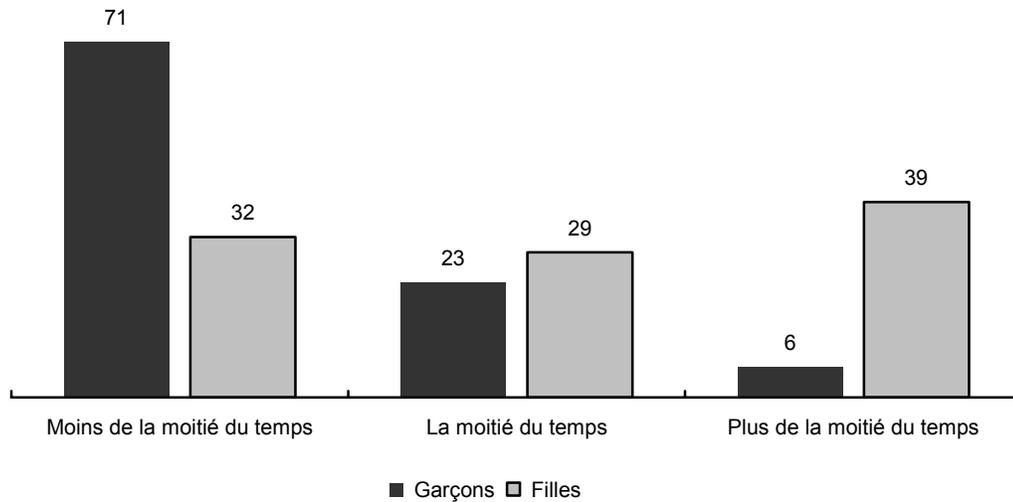
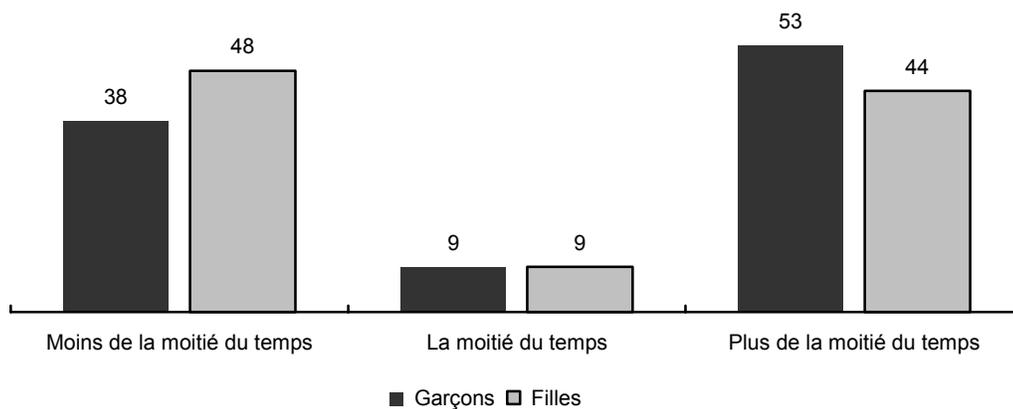


Figure 3F.8: Le petit ami ou la petite amie paie les achats faits ensemble, 11e année ou 5e secondaire (%)

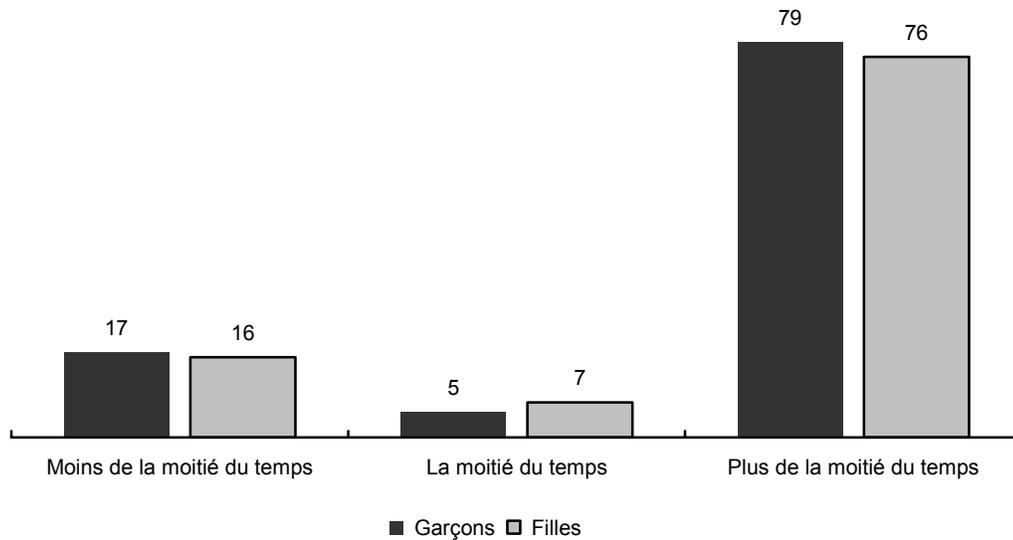


L'aisance à l'égard des contacts sexuels est manifestement fonction des étapes du développement à l'adolescence. En 11^e année ou 5^e secondaire, près de 90 p. 100 des garçons et des filles qui ont une relation sont généralement à l'aise dans leurs contacts physiques avec leurs partenaires (figures 3F.9 à 3F.11).

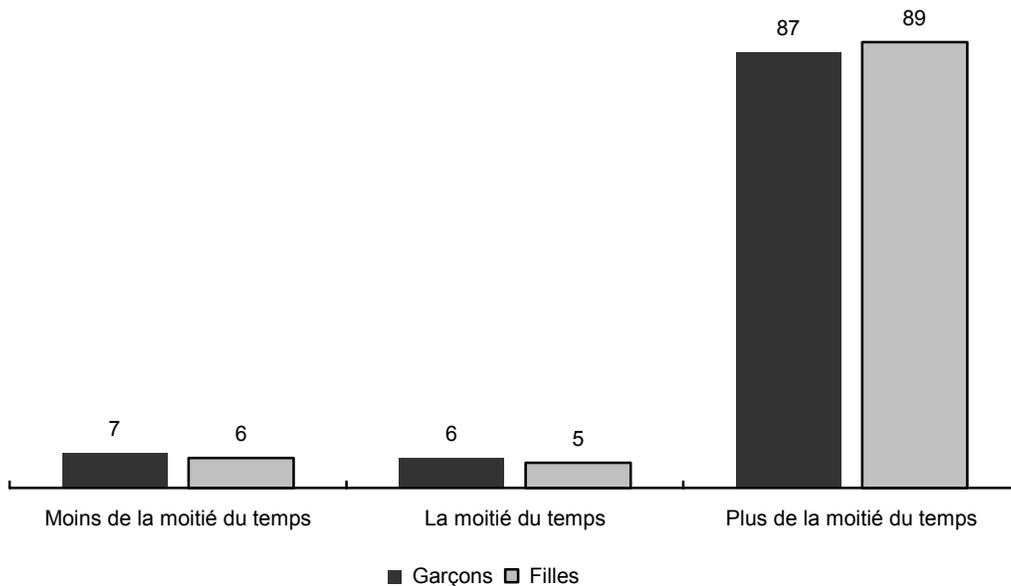
Figure 3F.9 : À l'aise avec les contacts physiques 7e année ou 1re secondaire (%)



**Figure 3F.10 : À l'aise avec les contacts physiques
9^e année ou 3^e secondaire (%)**



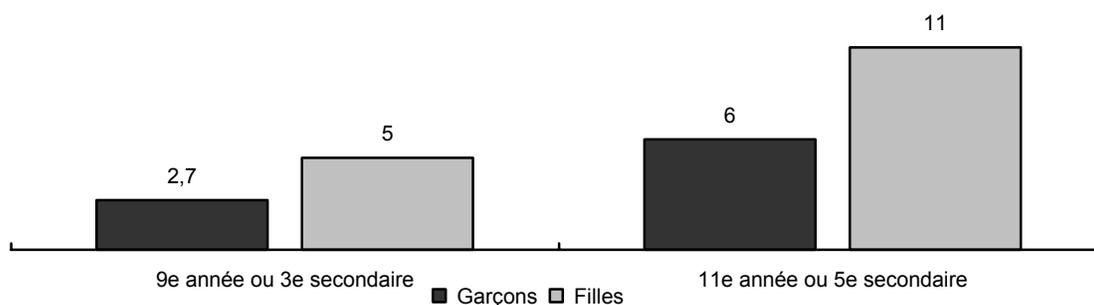
**Figure 3F.11 : À l'aise avec les contacts physiques
11^e année ou 5^e secondaire (%)**



Les différences en matière de pouvoirs et de responsabilités au sein d'une relation sont souvent liées à l'incidence supérieure de rapports sexuels non consentis. En 11^e année ou 5^e secondaire, les garçons et les filles sont plus nombreux qu'en 9^e année ou 3^e secondaire à avoir eu des relations sexuelles alors qu'ils ne le

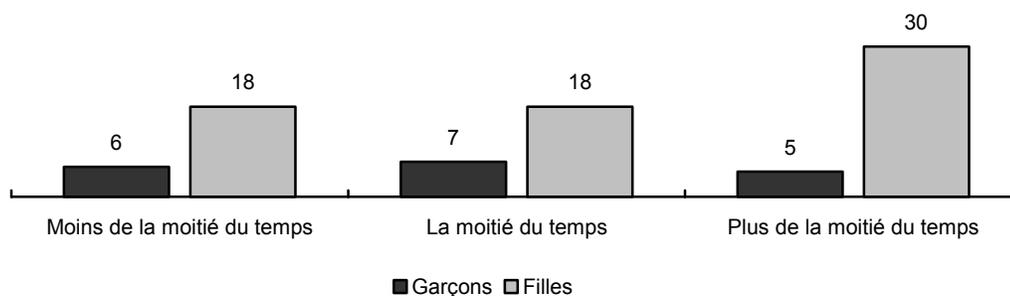
voulaient pas. Dans les deux cas, les filles sont plus nombreuses que les garçons à s'être fait imposer des relations sexuelles (figure 3F.12).

Figure 3F.12 : Élèves ayant eu des rapports sexuels alors qu'ils ou elles ne le voulaient pas (% tout à fait d'accord et d'accord)

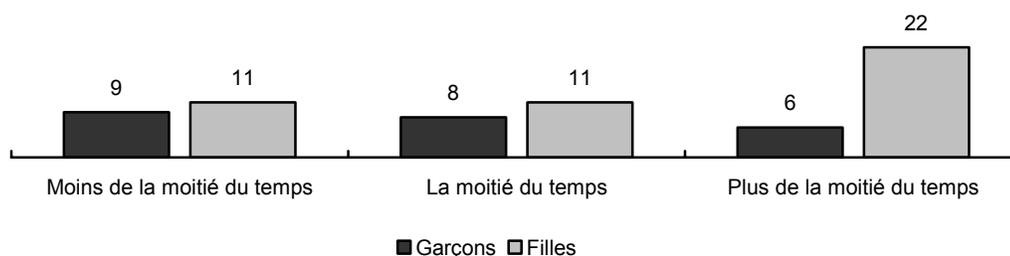


Parmi les filles de 9^e et de 11^e années dont le copain décide habituellement de quelle façon se passera le temps ensemble, le tiers disent avoir été incitées à avoir des relations sexuelles alors qu'elles ne le voulaient pas (figure 3F.13). De même, parmi les filles de 9^e et de 11^e années dont le copain décide habituellement de la façon d'employer le temps ensemble, un cinquième disent avoir eu des relations sexuelles alors qu'elles ne le voulaient pas (figure 3F.14).

Figure 3F.13 : Élèves incités à avoir des rapports sexuels en fonction de la personne (petit ami ou petite amie) qui décide de l'emploi du temps - 9e et 11e années ou 3e et 5e secondaire (%)



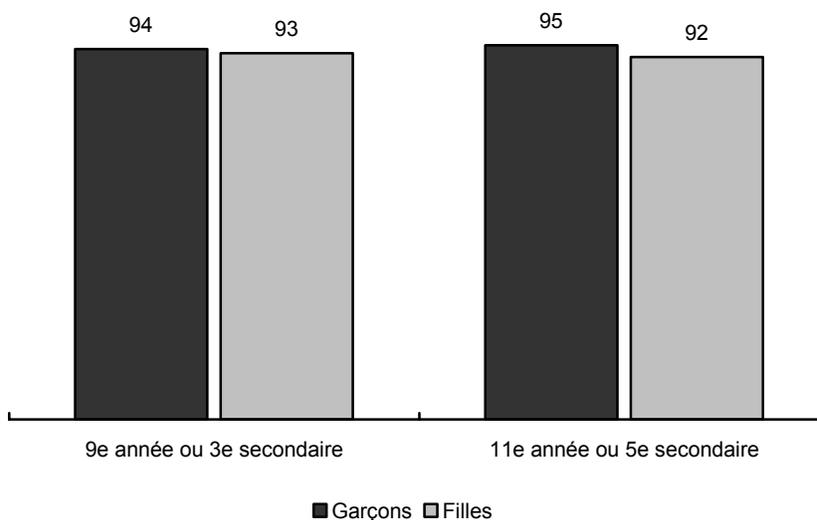
**Figure 3F.14 : Élèves ayant eu des rapports sexuels alors qu'ils ou elles n'en voulaient pas, en fonction de qui (petit ami ou petite amie) décide de l'emploi du temps
9e et 11e années ou 3e et 5e secondaire (%)**



Fréquentations

Les filles sont souvent considérées comme plus réservées s'agissant de demander à un garçon de sortir avec elles. On leur prête traditionnellement un rôle passif dans l'amorce des fréquentations (Jackson, Jacob, Landman-Peeters et Lanting, 2001). Toutefois, la plupart des élèves composant l'échantillon de l'EJSSVS conviennent qu'il est acceptable qu'une fille ait l'initiative, sans distinction substantielle entre les sexes (figure 3F.15).

Figure 3F.15 : « Il n'y a rien de mal pour une fille à inviter quelqu'un à sortir avec elle. » (% tout à fait d'accord et d'accord)



Les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à croire qu'il est important de fréquenter quelqu'un qui soit populaire (figure 3F.16). Ce désir de respect ou de popularité pourrait être associé à la décision d'une adolescente ou d'un adolescent d'avoir des relations sexuelles avec plusieurs partenaires (Haka-Ikse, 1997). Pour évaluer cette corrélation, nous avons examiné le pourcentage d'élèves ayant eu quatre partenaires sexuels ou plus au cours de leur vie et consulté leur réponse à l'énoncé « C'est important de sortir avec une ou un élève qui est populaire à l'école. » (figures 3F.17 et 3F.18). Les élèves de 11^e année ou 5^e secondaire qui ont eu quatre partenaires sexuels ou plus sont plus nombreux à souscrire à cet énoncé. En 9^e année ou 3^e secondaire, la même corrélation s'observe chez les filles, mais pas chez les garçons.

Figure 3F.16 : « C'est important de sortir avec un ou une élève qui est populaire à l'école. » (% tout à fait d'accord et d'accord)

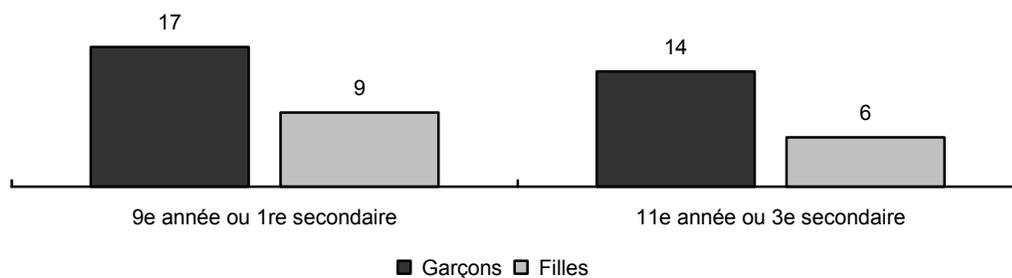


Figure 3F.17: « C'est important de sortir avec un ou une élève qui est populaire à l'école. » - Selon le nombre de partenaires sexuels 9e année ou 3e secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)

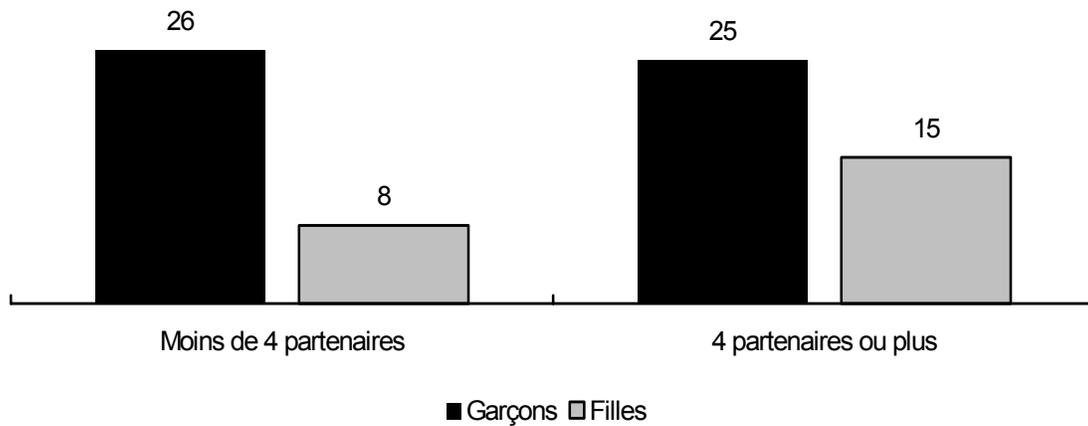
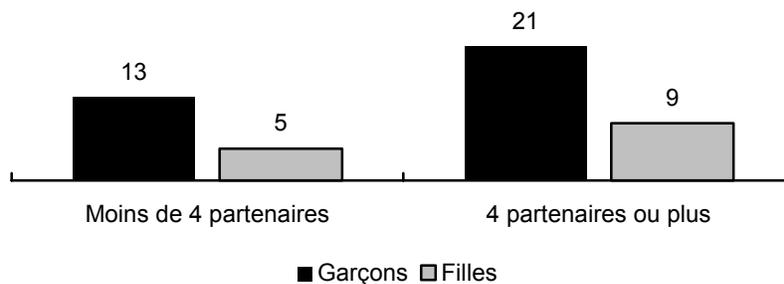


Figure 3F.18: « C'est important de sortir avec un ou une élève qui est populaire à l'école. » - Selon le nombre de partenaires sexuels, 11e année ou 5e secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)



G. Déterminants de la santé sexuelle et activité sexuelle

Relations avec les parents et activité sexuelle

Les relations avec les parents peuvent avoir une incidence sur le comportement sexuel des adolescentes et des adolescents (Luster et Small, 1994). Nous avons utilisé une échelle de la relation avec les parents qui comprenait des énoncés tels « Ma mère ou mon père me comprend. » et « J'accorde de l'importance à ce que mon père [ou ma mère] pense de moi. » Selon le score obtenu, nous avons ensuite déterminé la qualité de la relation avec les parents pour les élèves de chaque classe, soit mauvaise, moyenne ou bonne. Nous avons ensuite vérifié si les relations avec les parents étaient associées avec l'activité sexuelle des jeunes. Les élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire qui ont de mauvaises relations avec leurs parents sont plus nombreux à avoir eu pour activités sexuelles préliminaires des caresses au-dessous de la taille (figure 3G.1). Toutefois, parmi les élèves de 9^e année ou 3^e secondaire, ceux qui ont de mauvaises relations avec leurs parents sont juste légèrement plus nombreux à avoir eu des rapports sexuels que ceux qui ont de bonnes relations avec leurs parents (figure 3G.2). En 11^e année ou 5^e secondaire, il ne semble pas y avoir de lien entre la qualité des relations avec les parents et l'activité sexuelle des jeunes (figure 3G.3). Cette tendance indique que le lien entre les relations avec les parents d'une part et les comportements sexuels d'autre part est plus fort chez les jeunes élèves mais devient moins important à mesure qu'ils avancent en âge.

Figure 3G.1 : Activité sexuelle préliminaire, selon les relations avec les parents, 7e année ou 1re secondaire (% caresses au-dessous de la taille)

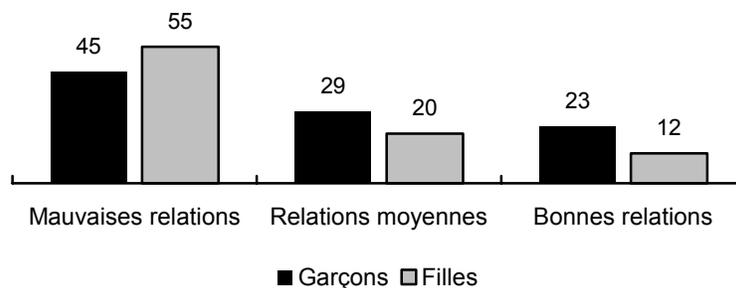
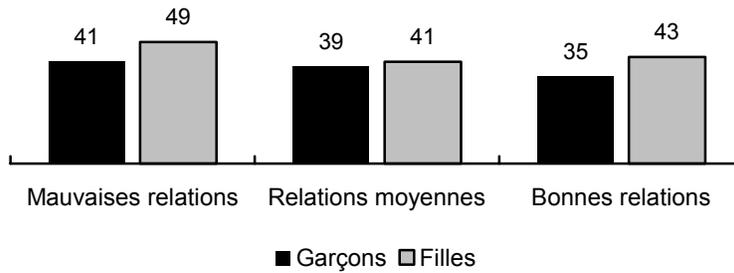


Figure 3G.2 : Activité sexuelle, selon les relations avec les parents, 9e année ou 3e secondaire (% ayant eu des rapports sexuels)



Figure 3G.3 : Activité sexuelle, selon les relations avec les parents, 11e année ou 5e secondaire (% ayant eu des rapports sexuels)



Incapacités et activité sexuelle

Les jeunes qui ont une incapacité risquent plus que leurs camarades d'être en mauvaise santé (Blum et coll., 2001). Nous avons étudié les données de l'EJSSVS pour déterminer si les élèves qui souffrent d'une maladie chronique ou de troubles d'apprentissage avaient des probabilités égales d'avoir des activités sexuelles. De fait, en 7^e année ou en 1^{re} secondaire, les filles ayant une maladie de longue durée sont plus susceptibles que les autres d'avoir eu comme activité sexuelle préliminaire des caresses au-dessous de la taille. Chez les garçons, c'est l'inverse (figure 3G.4). Les garçons de 9^e et de 11^e années (3^e et 5^e secondaire) qui font état d'une maladie chronique sont plus susceptibles que les autres d'avoir eu des relations sexuelles que les élèves qui n'ont pas de telles maladies (figure 3G.5).

Figure 3G.4 : Activité sexuelle préliminaire en fonction de l'existence d'une maladie de longue durée ou de troubles médicaux, 7e année ou 1re secondaire (% caresses au-dessous de la taille)

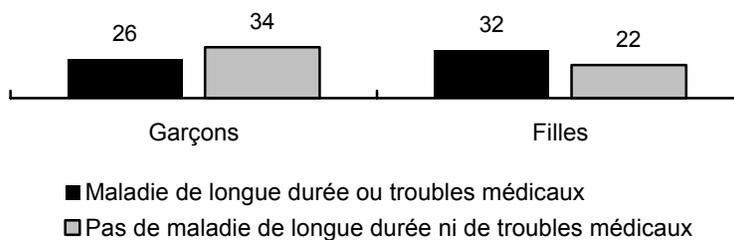
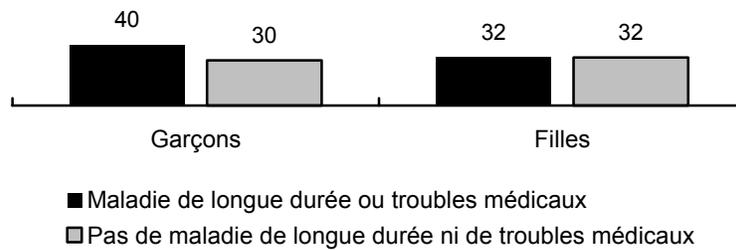


Figure 3G.5 : Élèves ayant eu des rapports sexuels, en fonction de l'existence d'une maladie de longue durée ou de troubles médicaux, 9e et 11e années ou 3e et 5e secondaire (% ayant eu des rapports sexuels)



Dans les trois classes, les élèves qui font état de troubles d'apprentissage sont plus nombreux à être sexuellement actifs ou d'avoir eu des activités sexuelles préliminaires (figures 3G.6 à 3G.8). Au total, l'incapacité ou la maladie chronique expose donc les élèves à de plus grands risques sur le chapitre de la santé sexuelle.

Figure 3G.6 : Activité sexuelle préliminaire, en fonction de l'existence de troubles d'apprentissages, 7e année ou 1re secondaire (% caresses au-dessous de la taille)

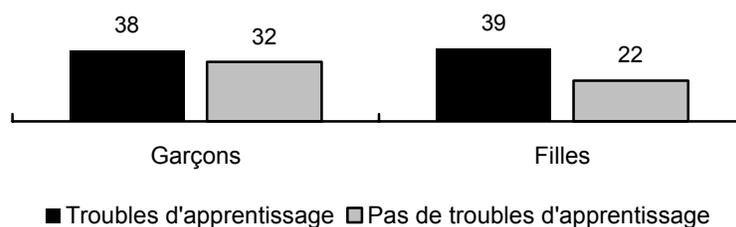


Figure 3G.7: Activité sexuelle, en fonction de l'existence de troubles d'apprentissage, 9e année ou 3e secondaire (% ayant eu des rapports sexuels)

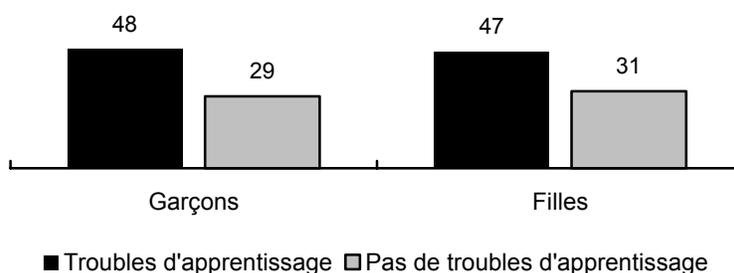
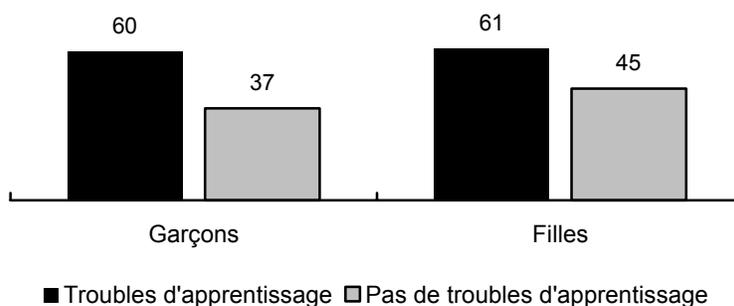


Figure 3G.8: Activité sexuelle, en fonction de l'existence de troubles d'apprentissage, 11e année ou 5e secondaire (% ayant eu des rapports sexuels)



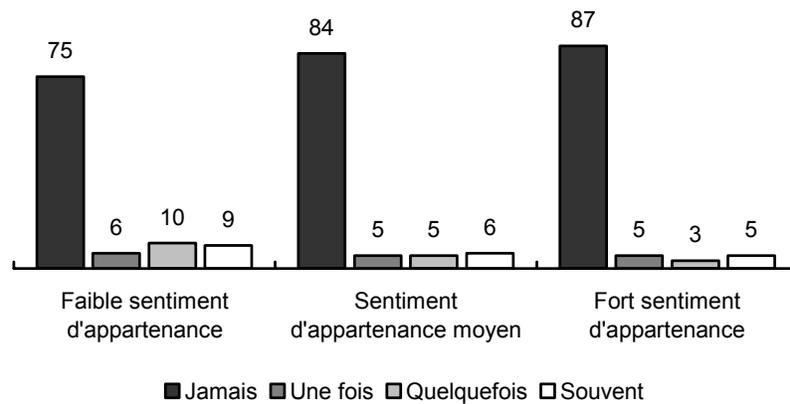
Sentiment d'appartenance à l'école, activité scolaire et risques

De mauvaises notes à l'école, une attitude négative envers l'école et de faibles objectifs scolaires sont autant de facteurs considérés comme des indicateurs d'une activité sexuelle précoce (Taylor-Seehafer et Rew, 2000). Certains ont suggéré que les jeunes ayant peu de chance de faire des études supérieures ont peut-être l'impression d'avoir moins de raisons d'éviter divers risques (Luster et Small, 1994). Toutefois, il est aussi concevable que les adolescentes et adolescents qui ont des comportements dangereux développent une attitude plus négative à l'égard de l'école et éprouvent moins d'intérêts pour la poursuite des études ou la réussite scolaire (Schvaneveldt et coll., 2001).

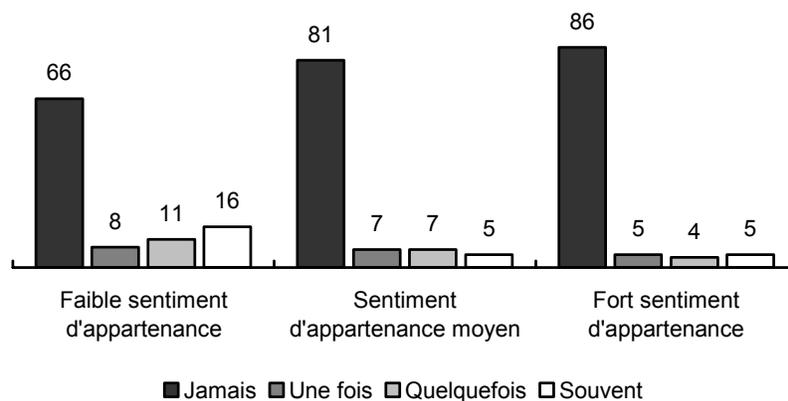
Nous avons utilisé une échelle du sentiment d'appartenance à l'école à l'aide d'énoncés comme « Mon enseignant-e me traite de façon équitable. » et « Notre école est un endroit où on se sent bien. » Selon leur score, les élèves de chaque année ont été catégorisés comme ayant un faible sentiment d'appartenance, un sentiment d'appartenance moyen ou un fort sentiment d'appartenance envers leur école. Nous avons ensuite déterminé s'il y avait un lien entre ce sentiment et l'activité sexuelle ou le fait de prendre des risques sur le plan sexuel.

Les élèves de 9^e année ou 3^e secondaire qui sont peu attachés à l'école risquent un peu plus que les autres d'avoir eu des relations sexuelles « quelquefois » ou « souvent » que ceux et celles dont le sentiment d'appartenance est plus fort (figures 3G.9 et 3G.10).

**Figure 3G.9 : Élèves ayant eu des rapports sexuels, selon le degré du sentiment d'appartenance à l'école
9e année ou 3e secondaire - Filles (%)**

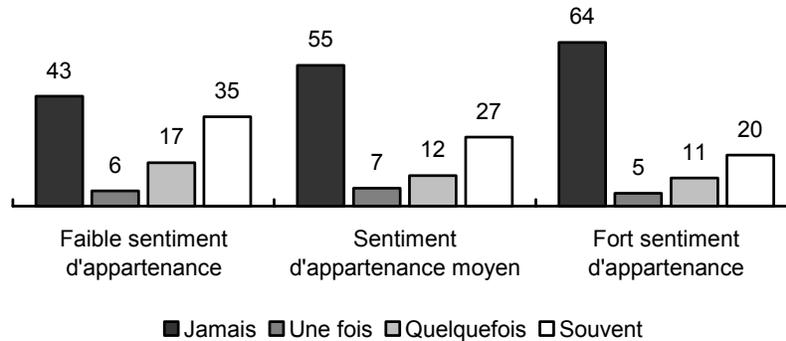


**Figure 3G.10 : Élèves ayant eu des rapports sexuels, selon le degré du sentiment d'appartenance à l'école
9e année ou 3e secondaire - Garçons (%)**

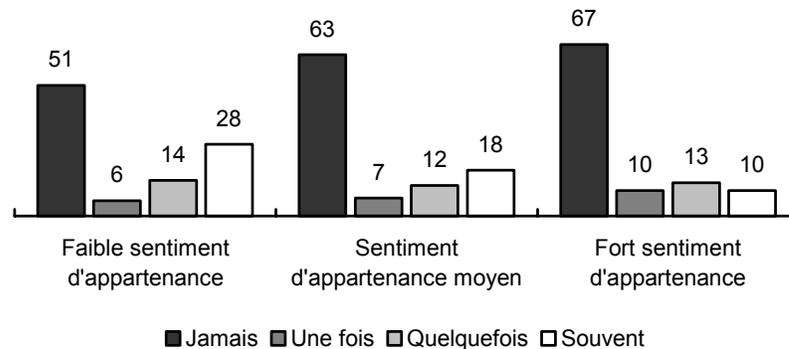


Chez les filles de 11^e année ou 5^e secondaire, la différence sur le plan de l'activité sexuelle entre celles qui sont peu attachées à l'école et celles qui le sont assez est encore plus apparente. Seules 20 p. 100 des filles de 11^e année ou 5^e secondaire qui sont assez attachées à l'école rapportent avoir souvent eu des relations sexuelles et 64 p. 100 disent n'en avoir jamais eu. En revanche, parmi les filles qui dont le sentiment d'appartenance à l'école est faible, 35 p. 100 ont souvent eu des relations sexuelles et 43 p. 100 n'en ont pas eu (figure 3G.11). La tendance est identique chez les garçons de 11^e année ou 5^e secondaire, ceux qui sont le moins attachés à l'école ayant eu fréquemment des relations sexuelles (figure 3G.12).

**Figure 3G.11 : Élèves ayant eu des rapports sexuels, selon le degré du sentiment d'appartenance à l'école
11e année ou 5e secondaire - Filles (%)**



**Figure 3G.12 : Élèves ayant eu des rapports sexuels, selon le degré du sentiment d'appartenance à l'école
11e année ou 5e secondaire - Garçons (%)**



Nous avons également étudié le sentiment d'appartenance à l'école en relation avec les comportements sexuels à risque tels le fait d'avoir de multiples partenaires et de ne pas utiliser de condoms (figures 3G.13 et 3G.14). En règle générale, ces comportements semblent effectivement associés à un faible attachement à l'école, surtout chez les garçons. Seuls 18 p. 100 des garçons peu attachés à l'école n'ont pas de comportements sexuels dangereux alors que 47 p. 100 en ont de multiples. Le pourcentage des jeunes qui n'ont pas ce genre de comportement augmente en fonction de l'attachement à l'école. Parmi ceux qui éprouvent un attachement moyen envers l'école, 26 p. 100 n'ont pas de comportements sexuels dangereux. Le pourcentage est encore plus élevé (36 p. 100) chez ceux dont le sentiment d'appartenance est fort.

Les filles qui sont peu attachées à l'école risquent plus que les autres d'avoir de multiples comportements sexuels risqués. Celles qui sont moyennement attachées à l'école se comparent à celles qui y sont très attachées sur le plan des comportements sexuels risqués.

Figure 3G.13 : Propension aux comportements sexuels risqués selon le sentiment d'appartenance à l'école - Garçons de 9e et 11e années ou 3e et 5e secondaire (%)

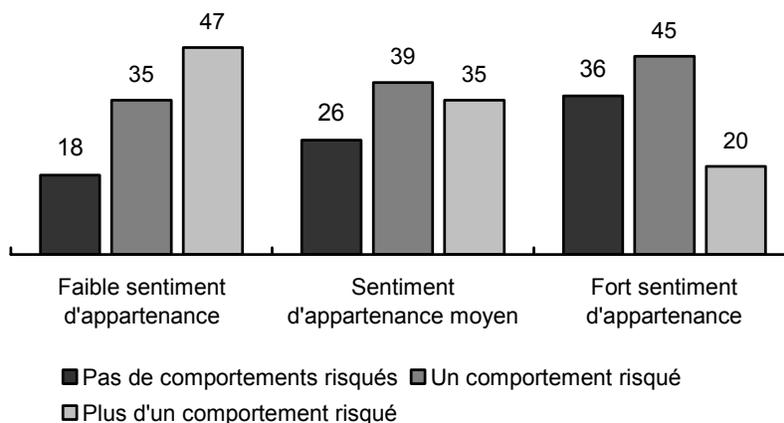
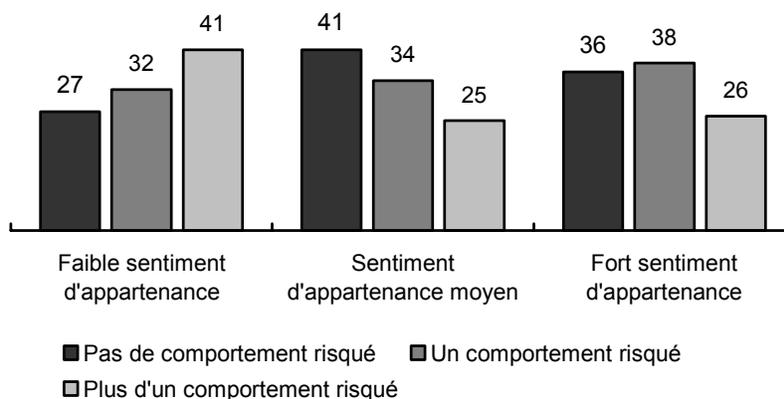


Figure 3G.14: Propension aux comportements sexuels risqués selon le sentiment d'appartenance à l'école - Filles de 9e et 11e années ou 3e et 5e secondaire (%)



Influence des camarades et activité sexuelle

Pour déterminer le rôle de l'influence des camarades sur la décision d'avoir des activités sexuelles, nous avons demandé aux élèves de 9^e et de 11^e années combien de leurs amis proches avaient eu des relations sexuelles. Ceux qui ont déclaré que plus de la moitié ou la totalité de leurs amis avaient eu des relations sexuelles semblent plus susceptibles que les autres d'avoir eux-mêmes des relations sexuelles (figures 3G.15 et 3G.16). Cette tendance s'observe chez les garçons comme chez les filles des deux classes. Il semble donc que les élèves qui ont eu des relations sexuelles tendent à fréquenter des groupes où l'activité sexuelle est courante.

Figure 3G.15 : Activité sexuelle, en fonction de l'activité sexuelle des camarades - 9e année ou 3e secondaire (% ayant eu des rapports sexuels)

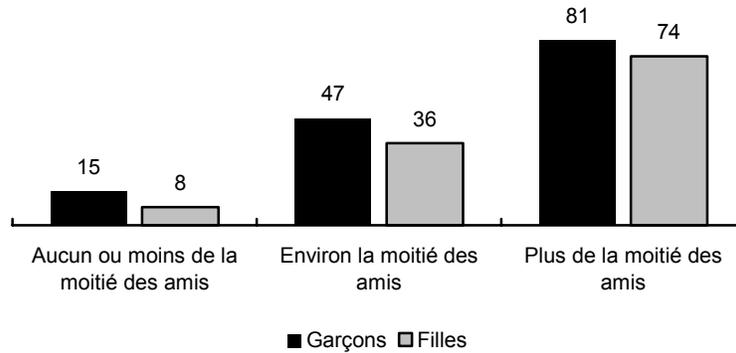
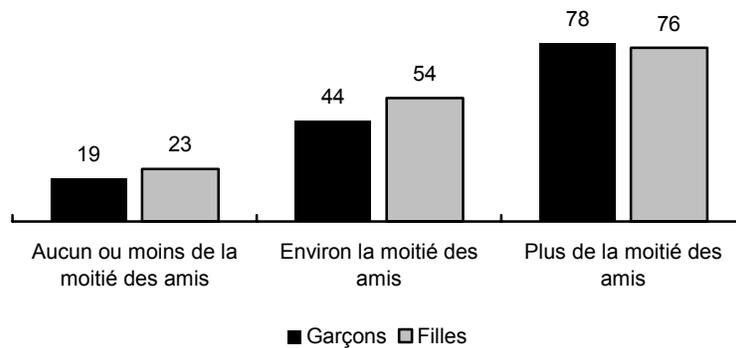


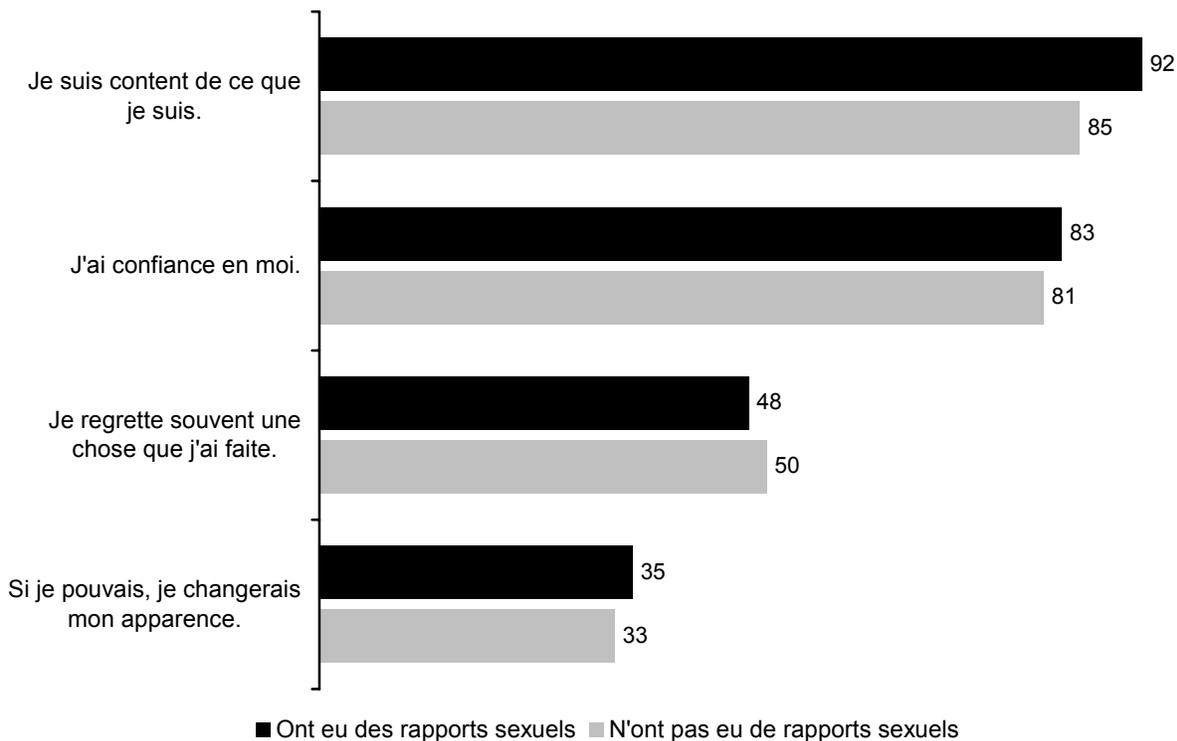
Figure 3G.16 : Activité sexuelle, en fonction de l'activité sexuelle des camarades - 11e année ou 5e secondaire (% ayant eu des rapports sexuels)



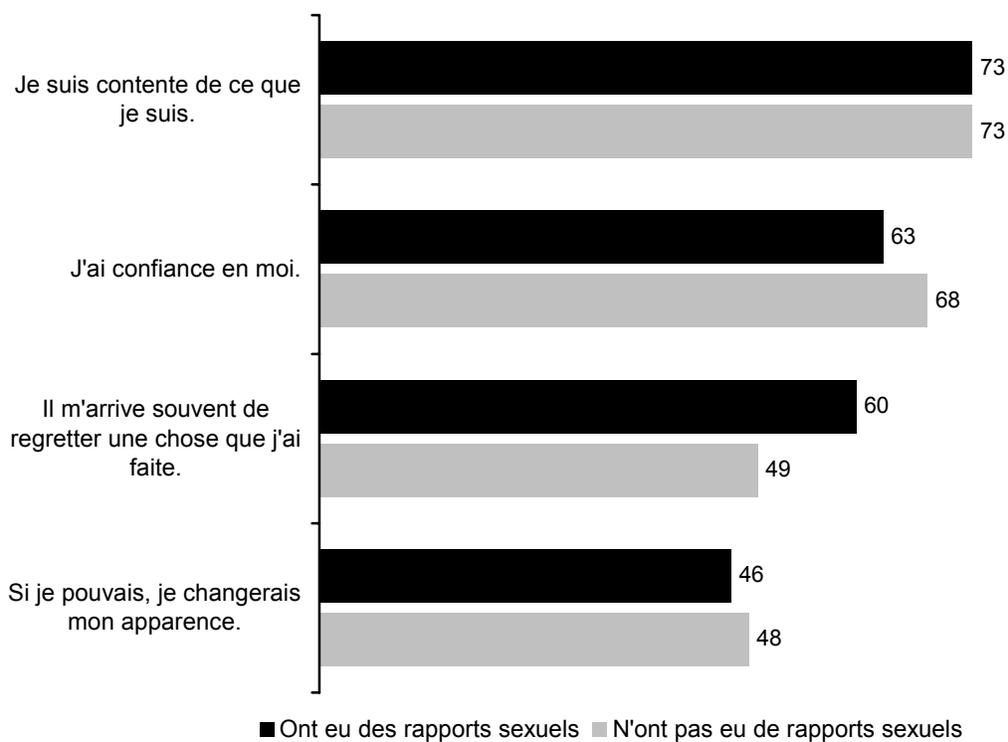
Estime de soi et activité sexuelle

Nous avons comparé les réponses de l'EJSSVS sur l'estime de soi (voir le chapitre 2) fournies par les élèves qui ont eu des relations sexuelles et par ceux qui n'en ont pas eu. Parmi l'ensemble des élèves, il ne semble pas y avoir de distinction constante sur le plan de l'estime de soi entre ceux et celles qui ont eu des relations sexuelles et ceux et celles qui n'en ont pas eu (figures 3G.17 à 3G.20). Les filles de 9^e année ou 3^e secondaire qui ont eu des relations sexuelles sont toutefois plus nombreuses que les autres à se dire d'accord avec l'énoncé « Il m'arrive souvent de regretter une chose que j'ai faite. » (figure 3G.18), ce qui révèle un sentiment de culpabilité.

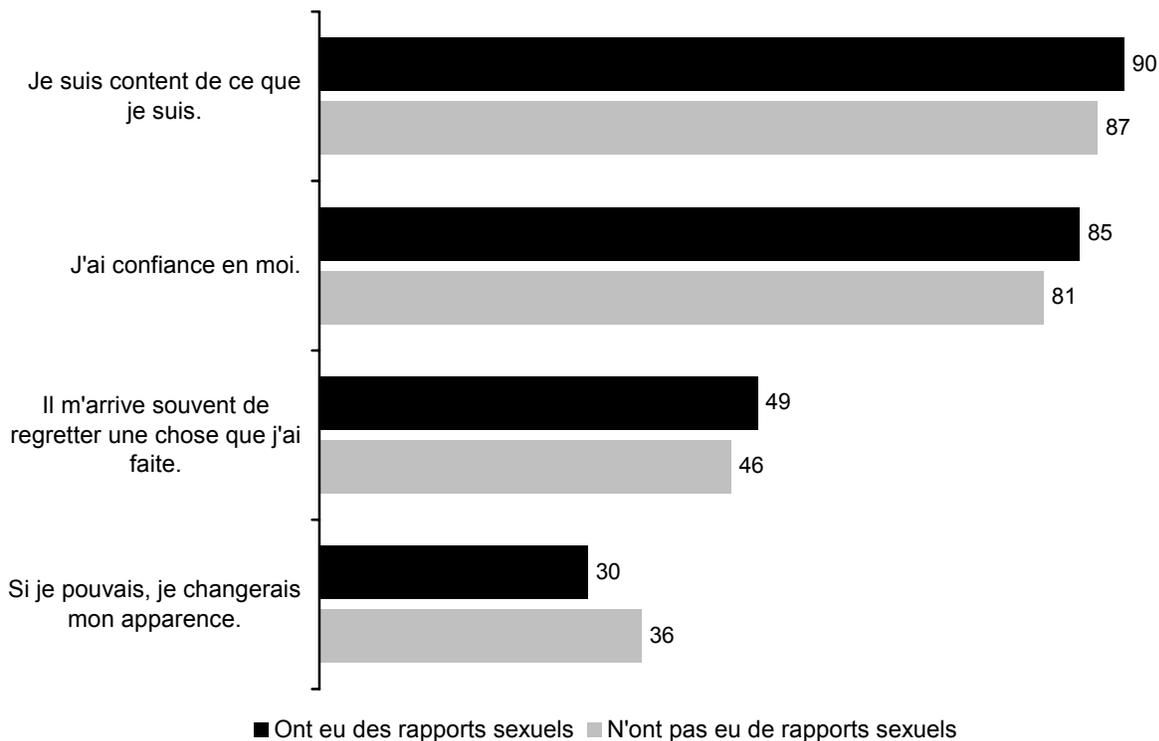
**Figure 3G.17 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction de l'activité sexuelle -
Garçons de 9e année ou 3e secondaire
(% tout à fait d'accord et d'accord)**



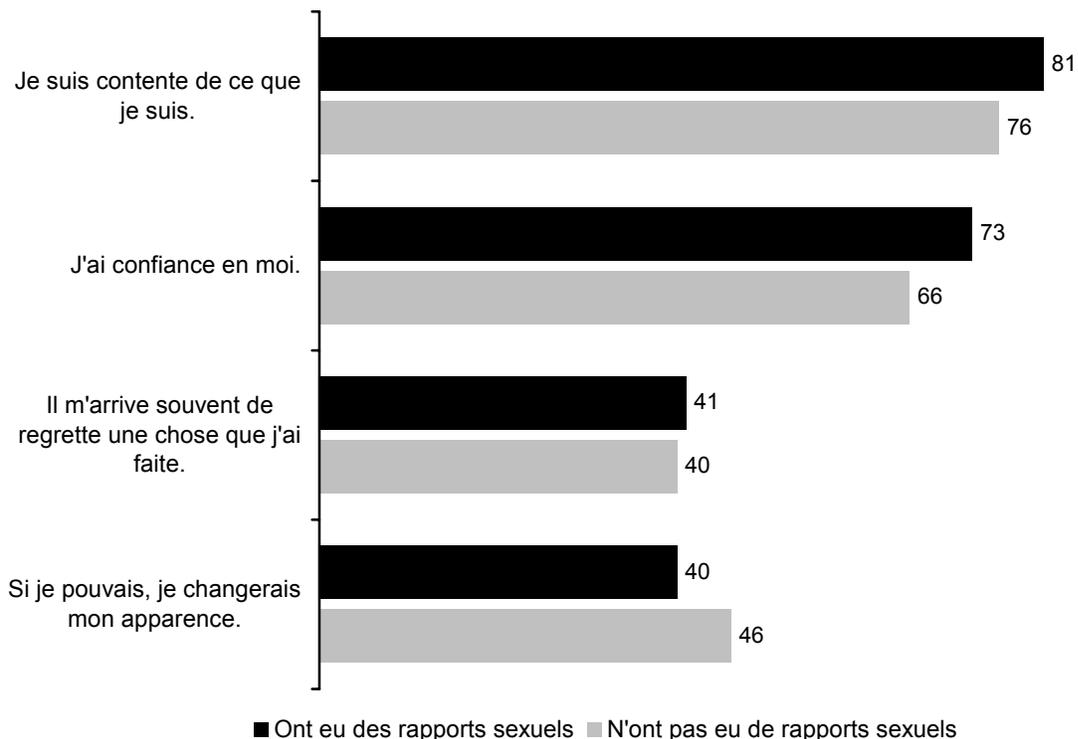
**Figure 3G.18 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction de l'activité sexuelle -
Filles de 9e année ou 3e secondaire
(% tout à fait d'accord et d'accord)**



**Figure 3G.19: Énoncés sur l'estime de soi, en fonction de l'activité sexuelle -
Garçons de 11e année ou 5e secondaire
(% tout à fait d'accord et d'accord)**



**Figure 3G.20: Énoncés sur l'estime de soi, en fonction de l'activité sexuelle -
Filles de 11e année ou 5e secondaire
(% tout à fait d'accord et d'accord)**



Nous avons procédé à une analyse similaire sur les données recueillies en 7^e année ou 1^{re} secondaire, pour vérifier le lien entre l'estime de soi et les activités sexuelles préliminaires que représentent les caresses en dessous de la taille. Les filles de 7^e année ou 1^{re} secondaire qui ont eu ce genre de caresses sont plus nombreuses que les autres à avoir une mauvaise estime de soi, ce qui est particulièrement évident dans les réponses à l'énoncé « Si je pouvais, je changerais mon apparence. » (figure 3G.22). Il n'y a pas de distinction similaire sur le plan de l'estime de soi chez les garçons de 7^e année ou 1^{re} secondaire (figure 3G.21).

Figure 3G.21 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction des activités sexuelles préliminaires - Garçons de 7e année ou 1re secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)

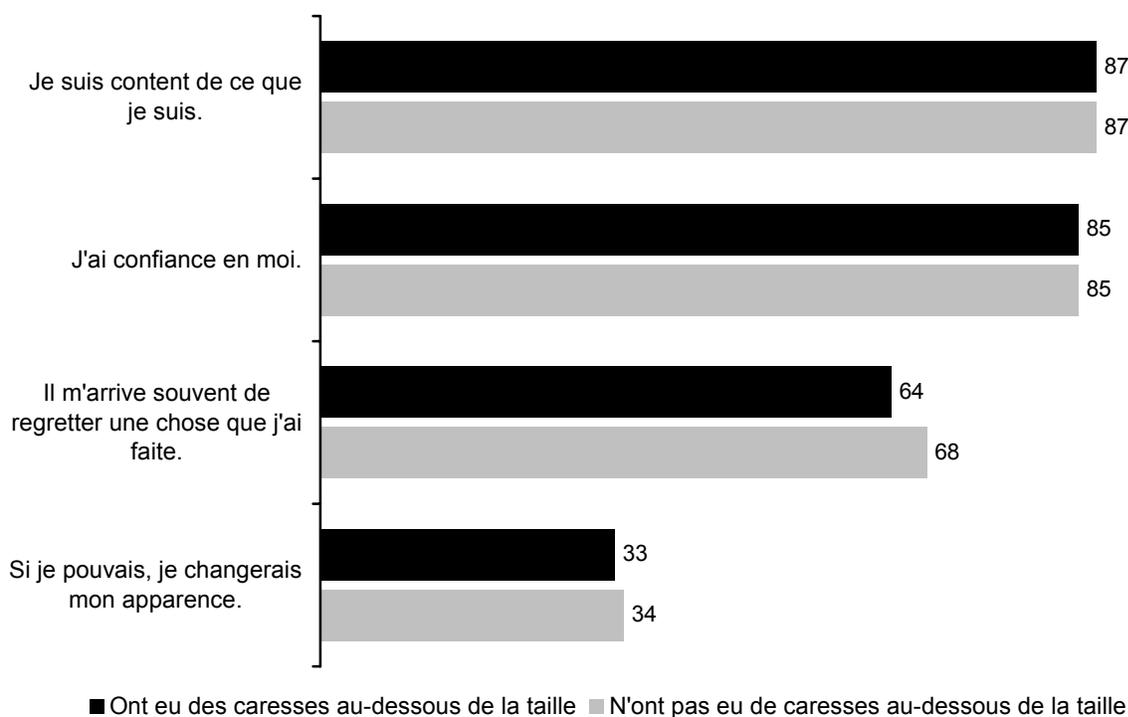
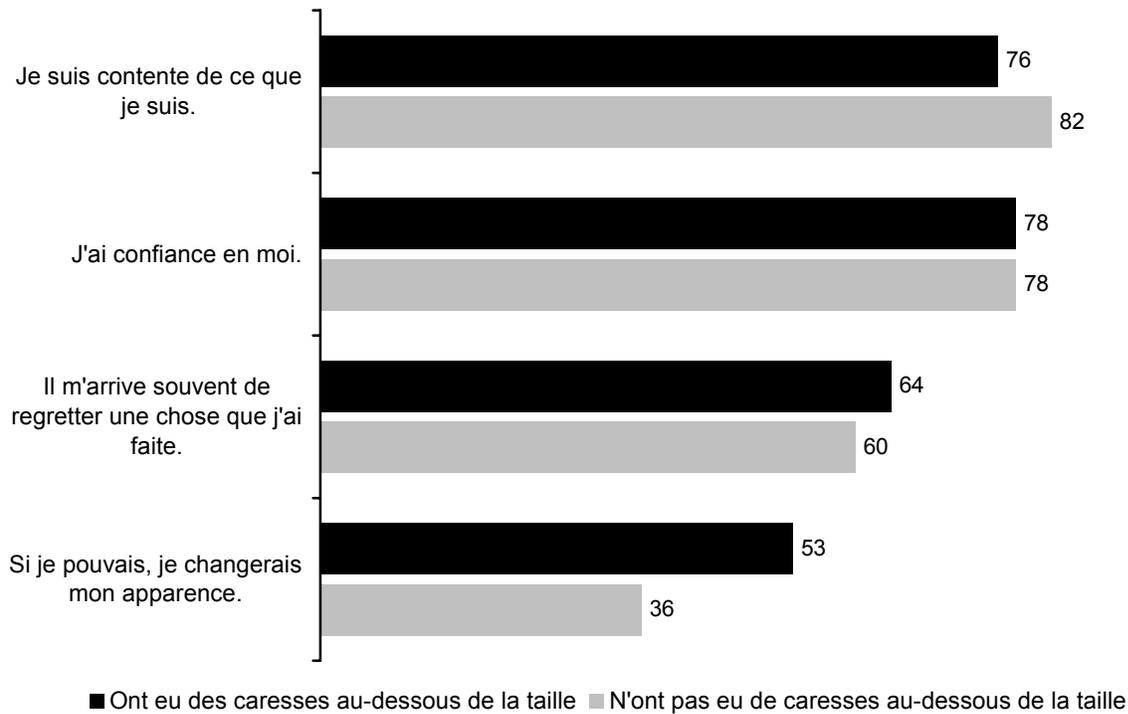


Figure 3G.22 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction des activités sexuelles préliminaires - Filles de 7e année ou 1re secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)



Nous avons également vérifié s'il y avait une relation entre l'estime de soi et l'usage du condom au cours des dernières relations sexuelles en date. Les garçons de 9^e année ou 3^e secondaire sont plus susceptibles que les autres de souscrire à l'énoncé négatif « Si je pouvais, je changerais mon apparence. » (figure 3G.23), qui reflète une pauvre estime de soi. Les filles de 9^e année ou 3^e secondaire qui n'ont pas eu recours au condom lors de leur dernière relation sexuelle en date ont été plus nombreuses que les autres à être d'accord avec les deux énoncés négatifs sur l'estime de soi (figure 3G.24). Les élèves de 11^e année ou 5^e secondaire qui ont utilisé un condom sont légèrement plus susceptibles que les autres d'être d'accord avec les énoncés positifs sur l'estime de soi (figures 3G.25 et 3G.26).

Figure 3G.23 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction des activités sexuelles préliminaires - Garçons de 9e année ou 3e secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)

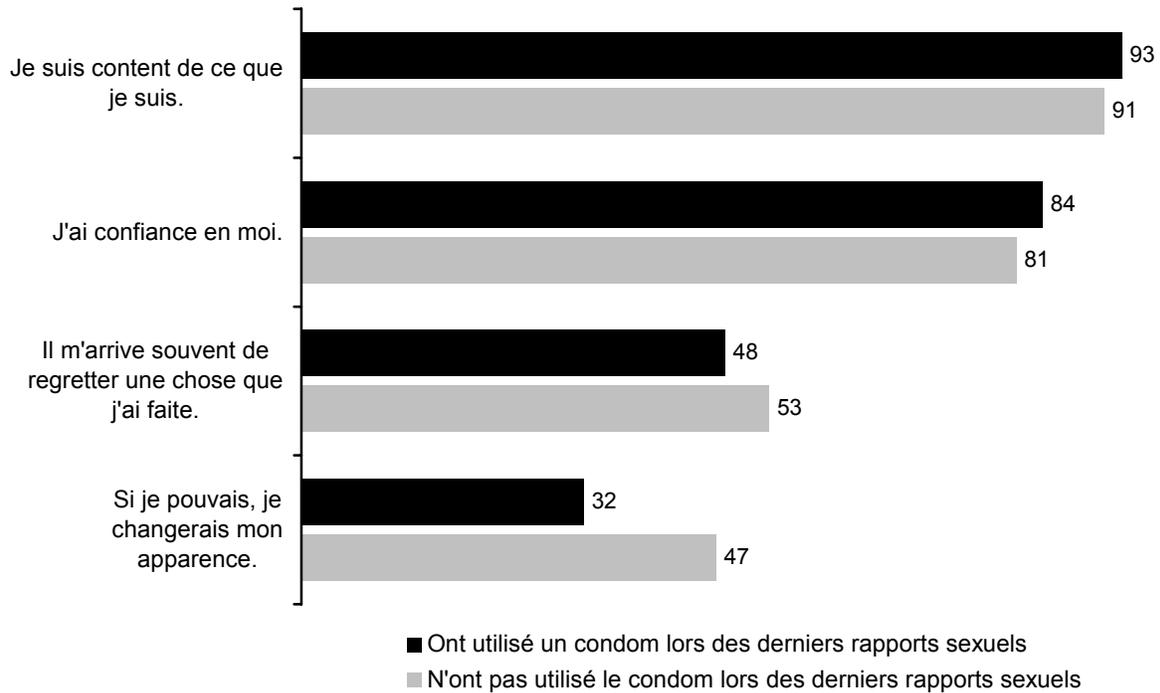
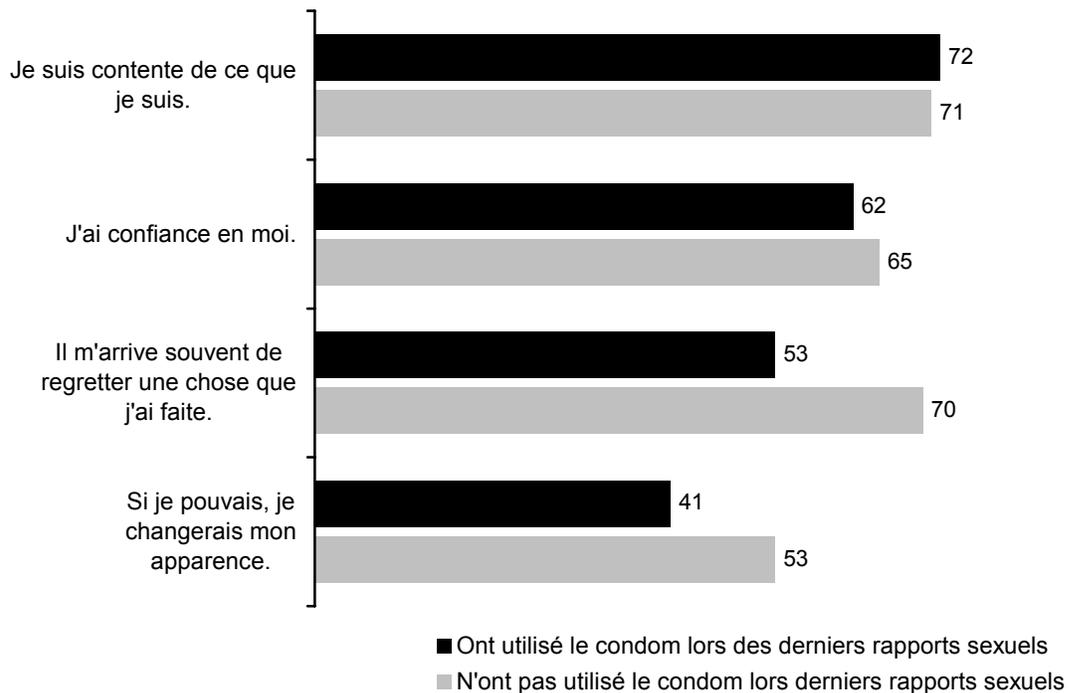
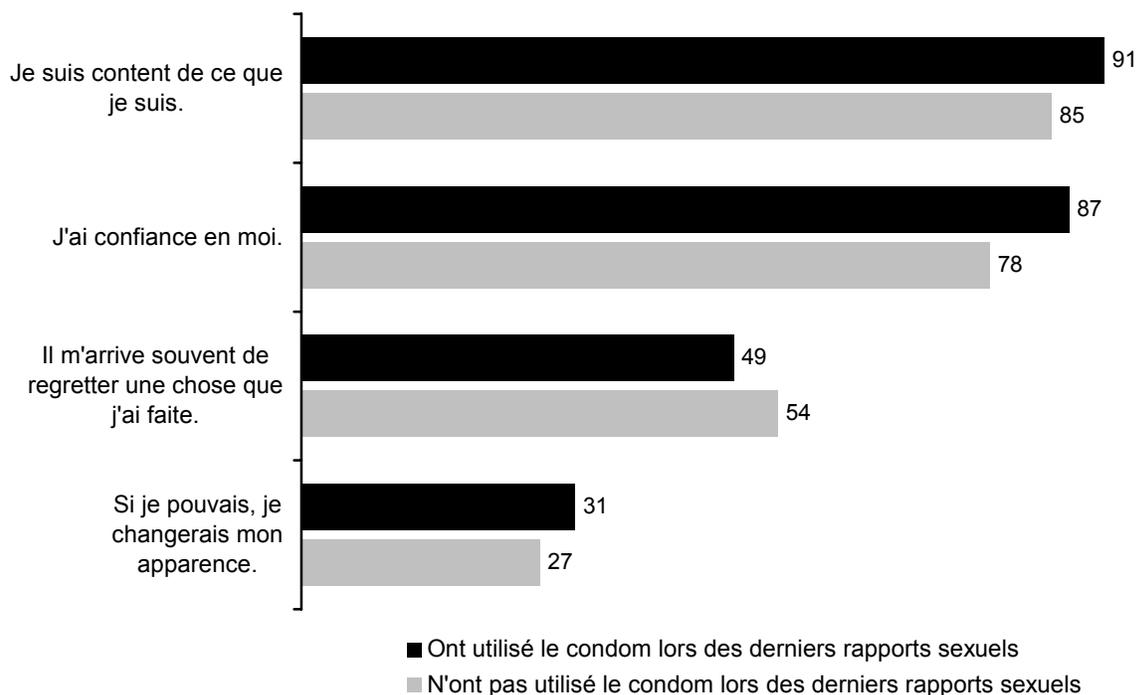


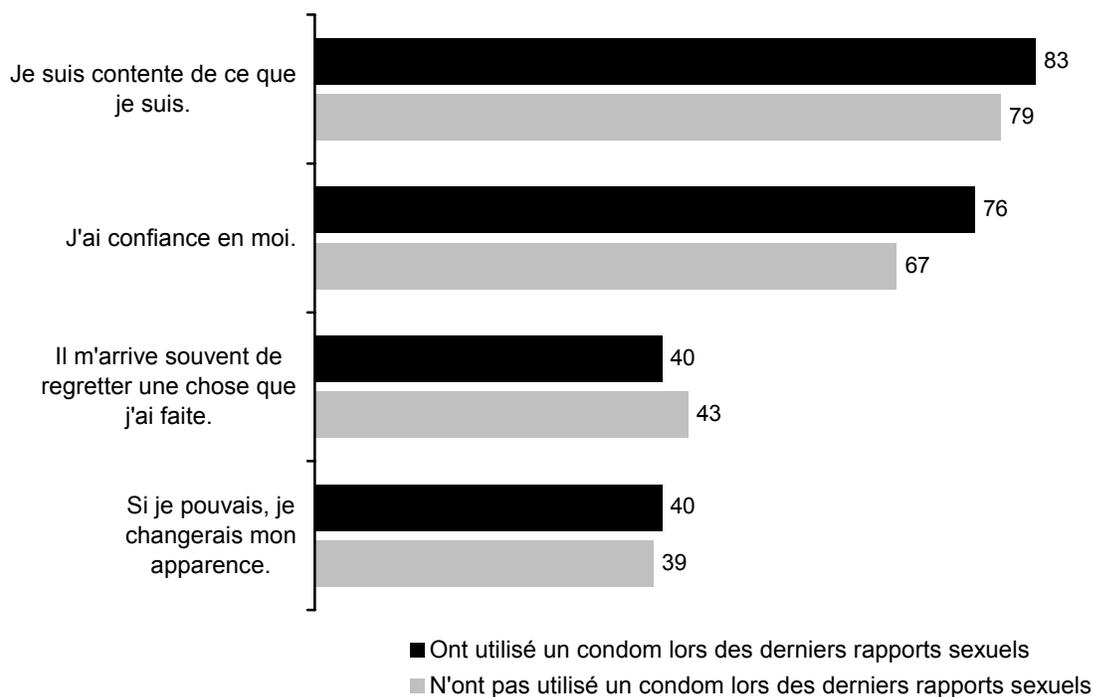
Figure 3G.24 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction des activités sexuelles préliminaires - Filles de 9e année ou 3e secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)



**Figure 3G.25 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction de l'usage du condom -
Garçons de 11e année ou 5e secondaire
(% tout à fait d'accord et d'accord)**



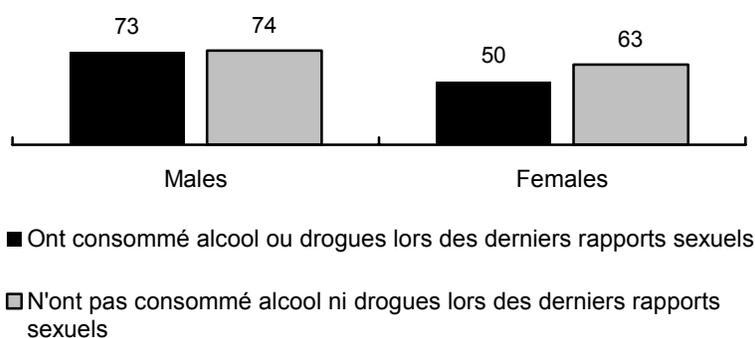
**Figure 3G.26 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction de l'usage du condom -
Filles de 11e année ou 5e secondaire
(% tout à fait d'accord et d'accord)**



Alcool, drogues et usage du condom

La consommation d'alcool ou de drogues ou des deux étant reconnue pour altérer le jugement, nous avons évalué si l'usage du condom pouvait être affecté par la consommation de ces substances avant les relations sexuelles (figure 3G.27). Parmi les garçons, 75 p. 100 ont utilisé un condom, peu importe s'ils avaient ou non consommé de l'alcool ou des drogues. Par contre, seule la moitié des filles ayant consommé de l'alcool ou des drogues avant les relations sexuelles ont utilisé un condom. Par conséquent, les filles qui consomment de la drogue ou de l'alcool régulièrement pourraient être plus vulnérables que les autres aux grossesses imprévues et aux maladies transmises sexuellement.

Figure 3G.27 : Usage du condom lors des derniers rapports sexuels, en fonction de la consommation de d'alcool ou de drogues - 9e et 11e années ou 3e et 5e secondaire (% ayant utilisé un condom)

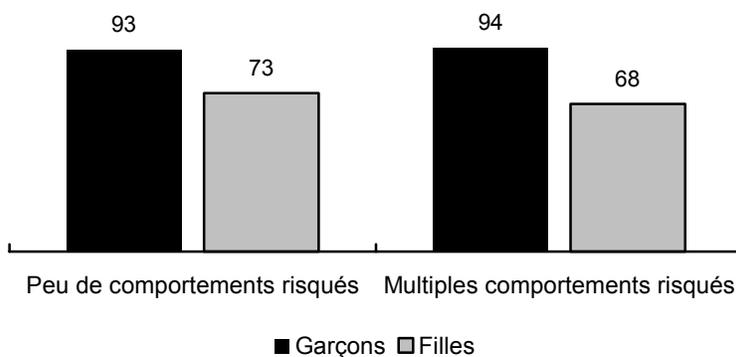


Comportements sexuels dangereux

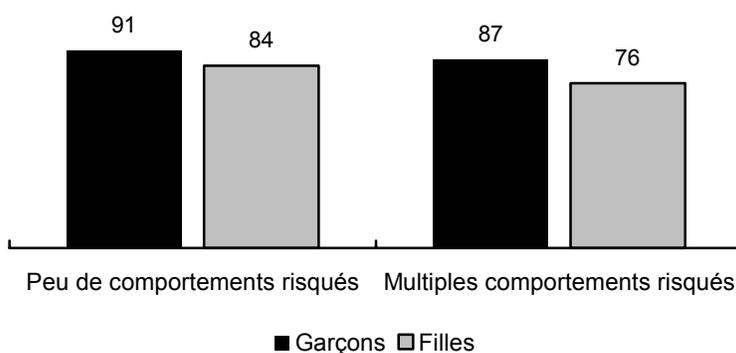
Les jeunes qui ont des comportements sexuels dangereux, comme le fait de consommer de l'alcool ou des drogues avant d'avoir des relations sexuelles, l'usage variable de moyens de contraception, de multiples partenaires sexuels ou l'absence de protection contre les ITS, risquent davantage d'effets négatifs sur la santé, notamment une grossesse imprévue, une ITS, l'exploitation et la violence. Nous avons créé une échelle de risques sexuels pour déterminer les caractéristiques des adolescentes et des adolescents qui adoptent ce genre de comportements dangereux. Tout élève ayant eu au moins deux comportements sexuels dangereux a été considéré comme « enclin au risque ».

La propension aux comportements sexuels risqués a d'abord été étudiée en relation avec les quatre énoncés sur l'estime de soi décrits ci-dessus (figures 3G.28 à 3G.35). En règle générale, cette propension aux comportements sexuels risqués semble associée dans une certaine mesure à un manque d'estime de soi, particulièrement parmi les filles. Ainsi, parmi les filles de 11^e année ou 5^e secondaire, 78 p. 100 de celles qui ne sont pas enclines au risque se disent d'accord avec l'énoncé « J'ai confiance en moi. », contre 59 p. 100 seulement parmi les filles enclines au risque (figure 3G.31). Parmi les filles de 9^e année ou 3^e secondaire, 70 p. 100 de celles qui sont enclines au risque disent regretter souvent ce qu'elles font, contre seulement 55 p. 100 (figure 3G.32) chez les autres. De même, les filles de 9^e et de 11^e années (3^e et 5^e secondaire) qui sont enclines au risque sont plus nombreuses à vouloir changer leur apparence.

**Figure 3G.28 : « Je suis content-e de ce que je suis. »
- Selon la propension aux comportements sexuels
risqués, 9e année ou 3e secondaire (% tout à fait
d'accord et d'accord)**



**Figure 3G.29 : « Je suis content-e de ce que je suis. »
- Selon la propension aux comportements sexuels
risqués, 11e année ou 5e secondaire (% tout à fait
d'accord et d'accord)**



**Figure 3G.30 : « J'ai confiance en moi. » - Selon la
propension aux comportements sexuels risqués,
9e année ou 3e secondaire (% tout à fait d'accord et
d'accord)**

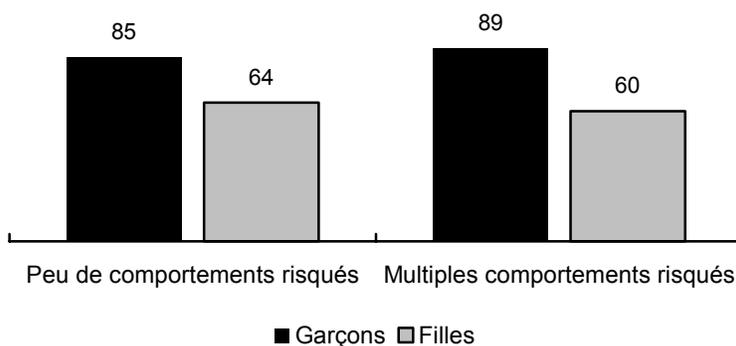


Figure 3G.31 : « J'ai confiance en moi. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 11e année ou 5e secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)

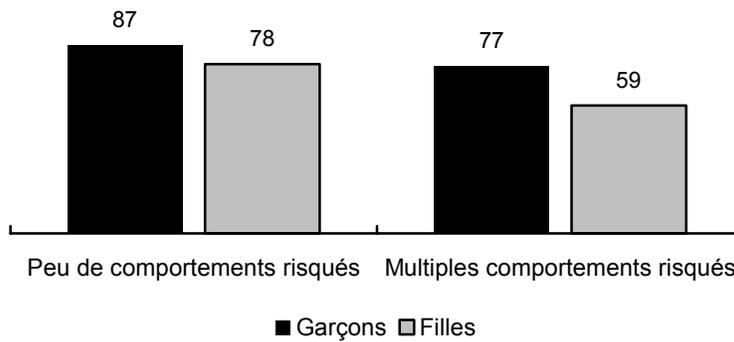


Figure 3G.32 : « Il m'arrive souvent de regretter une chose que j'ai faite. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 9e année ou 3e secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)

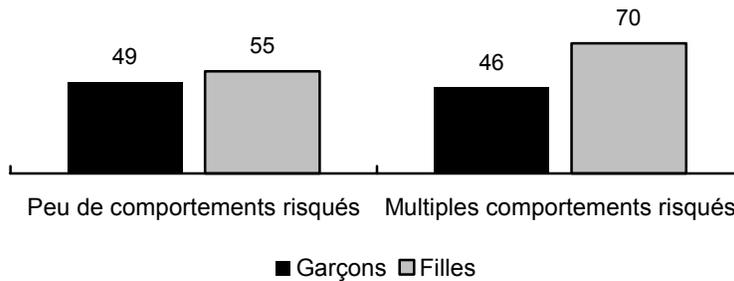


Figure 3G.33 : « Il m'arrive souvent de regretter une chose que j'ai faite. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 11e année ou 5e secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)

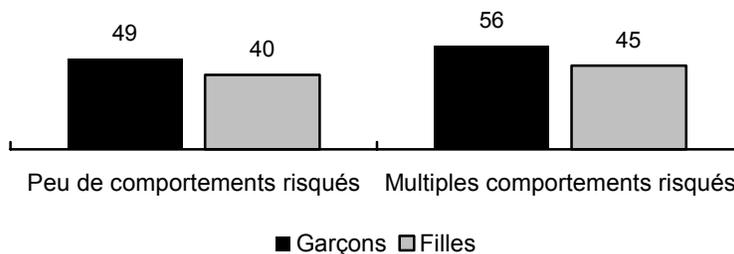


Figure 3G.34 : « Si je pouvais, je changerais mon apparence. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 9e année ou 3e secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)

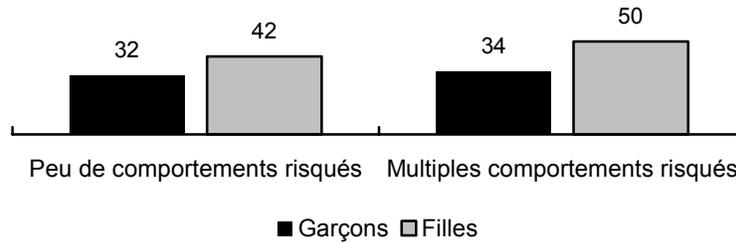
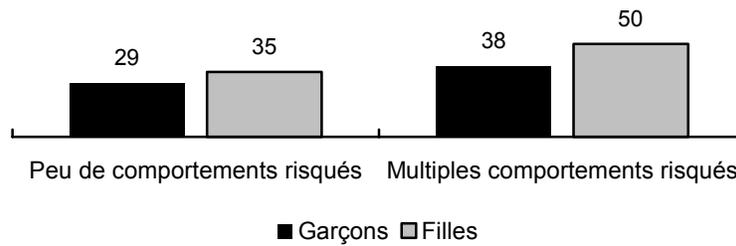


Figure 3G.35 : « Si je pouvais, je changerais mon apparence. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 11e année ou 5e secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)



Les comportements sexuels dangereux pourraient en outre être liés au temps passé à « courir les soirées ». Les garçons et les filles de 9^e et de 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire qui sont enclins au risque sont plus nombreux que les autres à le faire (figures 3G.36 et 3G.37).

Figure 3G.36 : « Je passe la plus grande partie de mes temps libres à courir les soirées. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 9e année ou 3e secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)

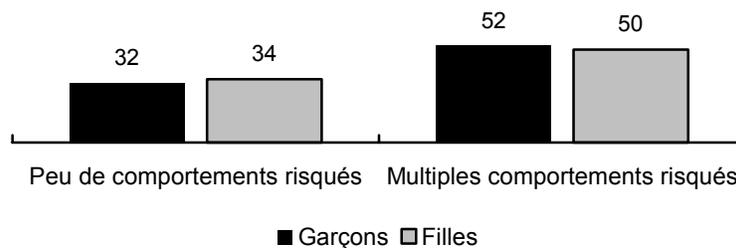
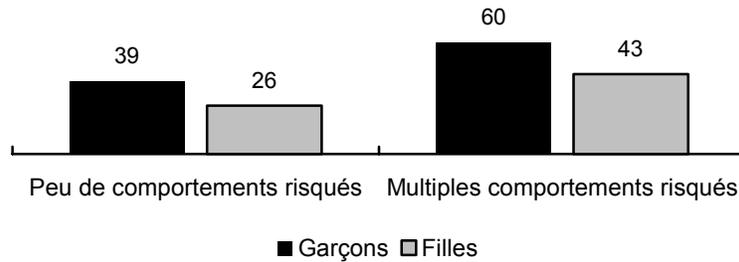


Figure 3G.37 : « Je passe la plus grande partie de mes temps libres à courir les soirées. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 11e année ou 5e secondaire (% tout à fait d'accord et d'accord)



Ces comportements sexuels dangereux augmentent bien entendu le risque de contracter le VIH et le sida. Comme il est écrit plus haut, les élèves de 9^e et de 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire étaient invités à réagir à dix-huit énoncés sur la connaissance du VIH, du sida et d'autres ITS. Ils ont tous été classés ensuite en deux catégories : score élevé ou faible. Nous avons par la suite examiné les données pour déterminer s'il y a un lien entre la connaissance du VIH et du sida d'une part et la propension aux comportements sexuels risqués d'autre part. Parmi les élèves de 9^e année ou 3^e secondaire, ceux qui sont enclins au risque sont légèrement plus nombreux que les autres à avoir un meilleur score sur le plan des connaissances que ceux qui ont eu quelques comportements dangereux (figure 3G.38). Cette observation donne à croire que les jeunes qui sont enclins au risque connaissent les dangers associés à leurs activités mais choisissent tout de même de s'y adonner. Parmi les élèves de 11^e année ou 5^e secondaire, toutefois, les scores sur le plan des connaissances ne paraissent pas liés à la propension au risque (figure 3G.39).

Figure 3G.38 : Scores en matière de connaissances, selon la propension aux comportements sexuels risqués, 9e année ou 3e secondaire (% ayant un score élevé)

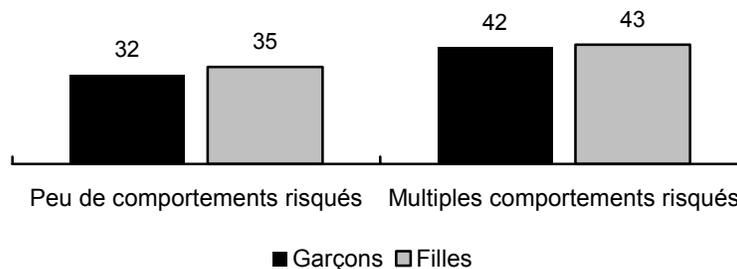
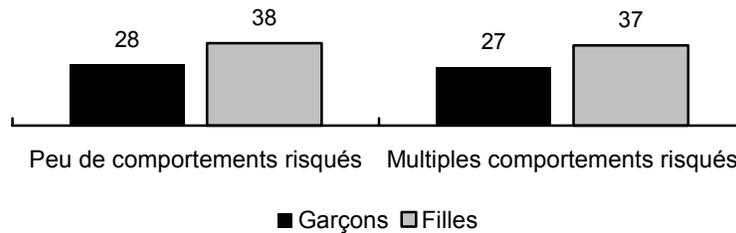


Figure 3G.39 : Scores en matière de connaissances, selon la propension aux comportements sexuels risqués, 11e année ou 5e secondaire (% ayant un score élevé)



Sommaire

L'information présentée dans ce chapitre brosse un portrait détaillé du comportement sexuel des adolescentes et des adolescents au Canada. Au total, la proportion d'élèves qui ont des relations sexuelles a légèrement diminué de 1989 à 2002, bien que la diminution soit plus considérable chez les garçons que chez les filles. Les élèves qui n'avaient pas eu de relations sexuelles au moment de l'enquête donnent généralement pour motif le fait de ne pas y être prêts ou de ne pas en avoir eu l'occasion, tandis que la crainte d'effets négatifs sur la santé, comme une maladie transmise sexuellement ou une grossesse imprévue n'a qu'un effet marginal sur leur décision. Les relations avec les parents, le fait d'avoir un trouble d'apprentissage et l'appartenance à un groupe de camarades sexuellement actifs sont autant de facteurs apparemment liés à la décision que prend une adolescente ou un adolescent d'avoir des relations sexuelles. Les comportements sexuels dangereux de ces élèves qui ont eu des relations sexuelles ne laissent pas d'inquiéter. En particulier, les filles qui s'estiment peu et celles qui consomment de l'alcool ou des drogues avant d'avoir des rapports sexuels risquent plus que les autres d'adopter ces comportements dangereux. Ces données seront utiles s'agissant d'axer les stratégies d'intervention en matière de santé publique, comme les programmes de sensibilisation ou d'éducation, sur les adolescents et les adolescentes qui en ont le plus besoin.

Références

- BLUM, R., KELLY, A., IRELAND, M. (2001). « Health-risk behaviours and protective factors among adolescents with mobility impairments and learning and emotional disabilities », dans *Journal of Adolescent Health*, vol. 28, n° 6, p. 481 à 490.
- CHEESBROUGH, S., INGHAM, R., et MASSEY, D. (1999). *Reducing the rates of teenage conceptions: A review of the international evidence on preventing and reducing teenage conceptions: The United States, Canada, Australia, and New Zealand*. London, UK: Health Education Authority.
- CUPACH, W. R. et METTS, S. (1991). « Sexuality and communication in close relationships », dans *Sexuality in Close Relationships*, sous la direction de K. McKinney et S. Sprecher, p. 93 à 110, Lawrence Erlbaum and Associates, Hillsdale, New Jersey.
- GODIN, G., et MICHAUD, F. (1996). *Sommaire de la prévention des MTS et du sida chez les jeunes*, publications du Forum national sur la santé, Santé Canada.
- GRAHAM, C., A. (1994). « AIDS and the adolescent », dans *International Journal of STD and AIDS*, n° 5, p. 305.
- HAKA-IKSE K. 1997. « Female adolescent sexuality: the risks and management [Review] », dans *Annals of the New York Academy of Sciences*. n° 816, p. 466 à 470.
- HINGSON, R., STRUNIN, L., et BERLIN, B. (1990). « Acquired immunodeficiency syndrome transmission: Changes in knowledge and behaviours among teenagers », dans *Pediatrics*, Massachusetts Statewide Surveys, 1986-1988, n° 85, p. 24 à 29.
- JACKSON, S., JACOB, M. N., LANDMAN-PEETERS, K., et LANTING, A. (2001). « Cognitive strategies employed in trying to arrange a first date », dans *Journal of Adolescence*, vol. 24, n° 3, p. 267 à 279.
- KOTCHICK, B. A., SHAFFER, A., FOREHAND, R., et MILLER, K. S. (2001). « Adolescent sexual risk behaviour: A multi-system perspective [Review] », dans *Clinical Psychology Review*, vol. 21, n° 4, p. 493 à 519.
- LUSTER, T., SMALL, S.. 1994. « Factors associated with sexual risk-taking behaviours among adolescents », dans *Journal of Marriage and the Family*, n° 56, p. 622 à 632.
- MURPHY, D., ROTHERAM-BORUS, H., et REID, H. (1998). « Adolescent gender differences in HIV related sexual risk acts, social-cognitive aspects and behavioural skills », dans *Journal of Adolescence*, vol. 21, n° 2, p. 197 à 208.
- NIEDER, T. et SIEFFGE-KRENKE, I. (2001). « Coping with stress in different phases of romantic development », dans *Journal of Adolescence*, vol. 24, n° 3, p. 297 à 311.
- RADFORD, J. (1998). *HIV prevention in Youth: A review of the HIV prevention research*, Toronto, Community Research Initiative of Toronto.
- SCHVANEVELDT, P., MILLER, B., BERRY, et E., LEE, T. (2001). « Academic goals, achievement and age at first sexual intercourse: longitudinal and bidirectional influences », dans *Adolescence*, vol. 36, n° 144, p. 765 à 787.

SHOOP, D. M. et DAVIDSON, P. M. (1994). « AIDS and adolescents: The relation of parent and partner communication to adolescent condom use », dans *Journal of Adolescence*, n° 17, p. 137 à 148.

SHRIER, L., HARRIS, S., STERNBERG, M., et BEARDSLEE, W. (2001). « Associations of depression, self-esteem, and substance use with sexual risk among adolescents », dans *Preventive Medicine*, n° 33, p. 179-189.

SHULMAN, S. et SEIFFGE-KRENKE, I. (2001). « Adolescent romance: Between experience and relationships », dans *Journal of Adolescence*, vol. 24, n° 3, p. 417 à 428.

SIEVING, R., RESNICK, M., BEARINGER, G., REMAFEDI, G., TAYLOR, B., et HARMON, B. (1997). « Cognitive and behavioural predictors of sexually transmitted disease risk behaviour among sexually active adolescents », dans *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, n° 151, p. 243 à 251.

TAYLOR-SEEHAFFER, M., et L. REW. 2000. « Risky sexual behaviour among adolescent women », dans *JSPN*, vol. 5, n° 1, p. 15 à 25.

WYNDOL, F. (2002). « The emerging field of adolescent romantic relationships », dans *Current Directions in Psychological Science*, vol. 11, n° 5, 177-180.

SOMMAIRE, CONCLUSIONS ET IMPLICATIONS

A. Sommaire

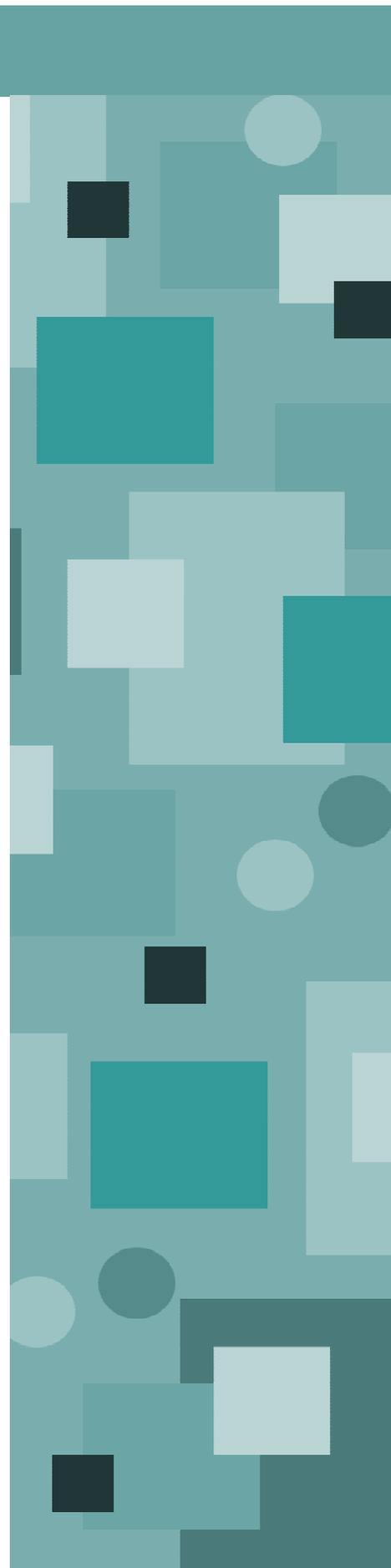
Les décisions que prennent les adolescentes et adolescents quant à leurs activités sexuelles sont généralement à l'origine de leurs comportements sexuels subséquents, lesquels influent sur les risques de grossesse, d'infections transmissibles sexuellement, d'infection au VIH et de sida.

Le présent rapport contient une information d'importance s'agissant d'améliorer notre compréhension de la sexualité et de la santé sexuelle des jeunes Canadiens et Canadiennes de 7^e, 9^e et 11^e années ou 1^{re}, 3^e et 5^e secondaire, dont l'âge est habituellement de 12, 14 et 16 ans. Au total, 11 082 élèves ont participé à l'étude, ce qui est certes un vaste échantillon des jeunes Canadiens et Canadiennes mais n'est pas complètement représentatif des jeunes de toutes les provinces. L'interprétation des résultats doit donc tenir compte de cette limite.

Ce dernier chapitre met en lumière le cadre conceptuel et résume les résultats relatifs aux trois principaux volets de l'étude ainsi que des sous-catégories connexes. Dans la mesure où il est pertinent de le faire, l'exposé fait aussi appel à une comparaison entre les résultats actuels et ceux de l'*Étude sur les jeunes Canadiens face au sida* de 1989. La section des conclusions décrit à la fois les aspects encourageants et les tendances préoccupantes, le tout fondé sur des exemples tirés des données. Le chapitre se conclut par les implications des résultats pour ce qui est des politiques, de l'éducation et de la recherche à venir.

Cadre conceptuel

L'EJSSVS s'inscrit dans un cadre qui comprend des déterminants psychologiques, sociaux et environnementaux de la santé, des variables relatives à la sexualité et des concepts associés à la santé sexuelle. Chacun de ces volets a été divisé en sous-catégories et les questions liées à chacune ont été assemblées dans les questionnaires de recherche. Ainsi, les déterminants psycho-socio-environnementaux de la santé ont été évalués au moyen de questions ou d'énoncés sur les variables sociodémographiques, les expériences vécues à l'école, l'habileté d'adaptation et l'estime de soi, les comportements risqués, les comportements dangereux pour la santé, la structure et les relations familiales, les camarades ainsi que les services de santé et les services sociaux. Les sous-catégories relatives à la sexualité comprennent les relations et les fréquentations, les expériences sexuelles, la protection contre le VIH, le sida et la grossesse. Enfin, la santé sexuelle était l'objet d'une série de questions sur les relations interpersonnelles, le bien-être physique, le bien-être psychologique et les ressources.



L'étude révèle que les liens entre ces principaux éléments sont interdépendants et complexes. Les sections suivantes mettent en lumière les conclusions importantes qu'il y a lieu de tirer pour chacun de ces éléments grâce à un exposé sur les données pertinentes de chaque sous-catégorie.

Déterminants de la santé

Parmi les déterminants de la santé sexuelle qui sont l'objet de la présente étude figurent les variables sociodémographiques liés aux comportements sexuels et aux comportements risqués considérés comme préalables ou catalyseurs de la santé sexuelle. Par conséquent, ils peuvent influencer sur la santé sexuelle de la population adolescente canadienne. Ces variables sont : les déterminants sociodémographiques, les expériences scolaires, l'habileté d'adaptation et l'estime de soi, les comportements risqués, les comportements dangereux pour la santé, la structure et les relations familiales, les camarades, les services sociaux et les services de santé. En résumé, pour ce qui est des comportements dangereux pour la santé, la consommation relativement rare de drogues dangereuses et toxicomanogènes par les jeunes et le soutien que ceux-ci trouvent auprès de leurs camarades pourrait être indicatrice d'un meilleur état de santé sexuelle des adolescentes et des adolescents à l'avenir. En revanche, des comportements comme la prévalence de la consommation d'alcool avant les relations sexuelles et l'enivrement répétitif, combinés au fait que les jeunes recourent peu aux services de santé pour s'informer sur la prévention des ITS, du VIH et du sida, laissent entrevoir la possibilité de conséquences très graves pour leur santé sexuelle.

Sexualité et santé sexuelle

L'étude évaluait la sexualité et la santé sexuelle des élèves au moyen de questions sur leurs connaissances, leurs attitudes et leurs comportements. Dans le premier cas, les élèves étaient priés de répondre à des énoncés sur la transmission, le diagnostic et le traitement du VIH et du sida et autres ITS. Nous avons sondé leurs attitudes envers la sexualité afin de comprendre pourquoi ils se comportent comme ils le font. Certaines questions portaient de manière plus détaillée sur leurs comportements sexuels et les comportements connexes. Nous avons étudié en outre le contexte des fréquentations et des relations amoureuses, qui permet de comprendre les comportements au regard de la santé sexuelle. Le sondage avait aussi pour but d'éclaircir la relation entre les déterminants de la santé sexuelle et l'activité sexuelle. En particulier, nous avons cherché à préciser les liens éventuels entre les déterminants que sont les relations avec les parents, les incapacités, le sentiment d'appartenance envers l'école, l'influence des camarades, l'estime de soi, la consommation d'alcool et de drogues et l'usage du condom, d'une part, et l'activité sexuelle des jeunes, d'autre part.

En résumé, il ressort que les jeunes visés par l'étude de 1989 étaient généralement plus au fait des mécanismes de transmission du VIH et du sida et des moyens de protection que ne le sont ceux qui ont participé à l'étude de 2002. Pour ce qui est du diagnostic et du traitement, les connaissances ont très peu progressé depuis 1989. Les élèves de cette étude qui désignent l'école comme principale source d'information sur le VIH et le sida sont légèrement plus nombreux à obtenir des scores élevés sur le chapitre des connaissances, bien que les filles de 7^e année ou 1^{re} secondaire et les garçons de 11^e année ou 5^e secondaire s'écartent de cette tendance. Les réponses, et surtout celles des adolescentes et adolescents plus âgés, indiquent un respect supérieur des droits des personnes touchées par le VIH et le sida par rapport aux résultats de 1989. Par contre, le sentiment de vulnérabilité au VIH et au sida a régressé chez les jeunes depuis 1989.

Les pourcentages des élèves de 9^e et de 11^e années (3^e et 5^e secondaire) qui échangent des baisers prolongés et se caressent au-dessus ou en dessous de la taille sont demeurés assez constants depuis 1989. Cependant, la proportion d'élèves qui ont eu des relations sexuelles a diminué, surtout chez les garçons de ces deux classes. Qui plus est, les élèves qui ont des relations sexuelles tendent à être plus fréquemment actifs sur le plan sexuel.

Autrement dit, les élèves sexuellement actifs de 2002 (garçons comme filles, dans ces deux classes) sont plus nombreux à dire qu'ils ont « souvent » des relations sexuelles que ceux de 1989 (figures 3D.10 à 3D.13).

Au total, les motifs d'abstinence les plus souvent évoqués par les garçons et les filles sont qu'ils ne sont « pas prêts », « n'ont pas eu l'occasion » ou « n'ont pas rencontré la bonne personne ». Seuls quelques élèves interrogés en 2002 ont dit ne pas avoir de relations sexuelles par crainte de conséquences négatives, comme la « peur de la grossesse », la « peur de contracter le VIH ou le sida » et la « peur d'autres MTS ».

Le quart des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire et le tiers des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire ont dit avoir utilisé à la fois le condom et la pilule contraceptive à l'occasion de leur dernière relation sexuelle en date. Très peu disent ne pas employer le condom faute de savoir l'utiliser. En règle générale, les élèves hétérosexuels ont des attitudes plus favorables à l'usage du condom que les élèves homosexuels ou bisexuels. Notons en particulier que les seuls les garçons homosexuels ou bisexuels de 11^e année ou 5^e secondaire se disent moins enclins à utiliser le condom.

Les relations chez les élèves de 11^e année ou 5^e secondaire semblent plus durables que chez les plus jeunes, bien que les garçons et – dans une moindre mesure – les filles de 7^e année ou 1^{re} secondaire mentionnent un petit ami ou une petite amie assidu. La dynamique décisionnelle relative aux activités et aux responsabilités financières change entre la 7^e année ou 1^{re} secondaire et la 11^e année ou 5^e secondaire. Ainsi, les garçons disent participer davantage aux décisions sur l'emploi du temps. Selon le tiers des filles, environ, c'est le petit ami qui paie généralement les dépenses. Enfin, la plupart des élèves trouvent acceptable l'idée que les filles aient une part active dans l'amorce des fréquentations.

Nous avons étudié la relation entre sept déterminants de la santé (relations avec les parents, incapacité, sentiment d'appartenance à l'école, influence des camarades, estime de soi, activité sexuelle ainsi que consommation d'alcool et de drogues et utilisation du condom) et l'activité sexuelle des jeunes. Ceux qui paraissent influencer sur la décision d'avoir des relations sexuelles sont les suivants : relations avec les parents, diagnostic d'une incapacité ou d'une maladie chronique, faible sentiment d'appartenance à l'école et appartenance à un groupe de camarades sexuellement actifs. L'estime de soi et l'activité sexuelle donnent lieu à des résultats inégaux.

Les élèves, et surtout les filles, qui ont des comportements sexuels risqués ont une faible estime d'eux; il leur arrive souvent de regretter leurs actes et ils aimeraient changer leur apparence physique. Parmi eux, garçons et filles passent plus de temps à courir les soirées. Les élèves de 9^e année ou 3^e secondaire enclins au risque ont obtenu des scores un peu plus élevés sur le plan des connaissances.

B. Conclusions

Aspects encourageants

Les résultats obtenus pour certains déterminants de la santé sont encourageants.

- Sur le plan des variables sociodémographiques, par exemple, la plupart des élèves qui ont participé à l'étude estiment que leur famille est de richesse moyenne (figure 2B.1). Les témoignages relatifs aux comportements dangereux pour la santé sont également prometteurs. Il semble que les élèves fassent rarement usage de drogues dangereuses et toxicomanogènes.

- Pour ce qui est de la structure et des relations familiales, il est encourageant de voir que plus de 75 p. 100 des élèves évoquent une « vie familiale heureuse ». On observe toutefois une légère diminution de pourcentage de la 7^e année ou 1^{re} secondaire à la 11^e année ou 5^e secondaire (figure 2G.2). Les relations avec les parents sont très étroitement associées au comportement sexuel, particulièrement chez les plus jeunes élèves (figures 3G.1 à 3G.3).
- Certains résultats sur le plan des services de santé et des services d'éducation sont encourageants. Ainsi, 31 p. 100 des garçons de 11^e année ou 5^e secondaire mentionnent qu'ils consulteraient d'abord le médecin de famille s'ils croyaient avoir une MTS. De même, 51 p. 100 des garçons et 41 p. 100 des filles de 9^e année ou 3^e secondaire désignent l'école comme principale source d'information sur la sexualité humaine, la puberté et la contraception (figure 2I.4). En outre, 67 p. 100 des garçons et 58 p. 100 des filles de 11^e année ou 5^e secondaire répondent que l'école est leur principale source d'information sur le VIH et le sida (figure 2I.5). Ces élèves sont légèrement plus nombreux à obtenir de bons scores sur le plan des connaissances, bien que les résultats diffèrent pour les filles de 7^e année ou 1^{re} secondaire et les garçons de 11^e année ou 5^e secondaire (figures 3B.1 à 3B.3). Parmi les élèves de 9^e et de 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire, ceux qui ont eu plus d'heures de classe sur le VIH et le sida sont plus nombreux à avoir obtenu de bons scores sur le plan des connaissances (figures 3B.27 à 3B.29).

Le volet sexualité a été abordé par des questions sur les connaissances et l'attitude des élèves à cet égard ainsi que sur les maladies et les expériences liées à la sexualité, les fréquentations et les mesures de protection contre les maladies transmissibles sexuellement et la grossesse non désirée.

- Le niveau des connaissances des élèves a été mesuré en fonction de leurs réponses à un ensemble d'énoncés portant sur les mécanismes de transmission et les moyens de protection ainsi que le diagnostic et le traitement des maladies. Les élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire étaient invités à répondre à 8 énoncés du genre, contre 18 pour les élèves de 9^e et 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire. La moitié, environ, des élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire ont répondu correctement à la moitié, au moins des énoncés. Plus de 60 p. 100 des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire ont répondu correctement à au moins 8 énoncés, contre 87 p. 100 en 11^e année ou 5^e secondaire (figures 3B.2 et 3B.3).
- Les élèves étaient priés de commenter le type de comportement sexuel qu'ils ont et la fréquence de leurs activités sexuelles. Les résultats à cet égard sont encourageants. Les pourcentages d'élèves qui s'adonnent au baiser prolongé et aux caresses au-dessus et en dessous de la taille, aux rapports sexuels buccaux et aux rapports sexuels complets sont restés sensiblement les mêmes depuis 1989 (figures 3D.6 à 3D.8). Ils sont toutefois légèrement moins nombreux à avoir des rapports sexuels complets, mais ceux qui en ont en ont généralement plus souvent (figures 3D.10 à 3D.13). Les trois motifs évoqués les plus fréquemment pour ne pas avoir de relations sexuelles sont le fait de ne pas être prêts, de ne pas en avoir eu l'occasion et de ne pas avoir rencontré la bonne personne (figures 3D.14 et 3D.15). Les deux motifs les plus fréquents des jeunes sexuellement actifs qui ont des relations sexuelles sont l'amour et la curiosité ou la volonté d'expérimenter (figures 3D.16 et 3D.17), ce qui est encourageant.
- Les données sur la protection contre le VIH et le sida et les ITS sont aussi encourageantes. On constate entre autres que très peu d'élèves admettent ne pas utiliser le condom faute de savoir comment faire (figures 3E.3 et 3E.4). Par ailleurs, 25 p. 100 des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire et 30 p. 100 des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire ont dit avoir utilisé la pilule contraceptive et le condom à leur dernière relation sexuelle (figures 3E.1 et 3E.2).

- Près de 90 p. 100 des garçons et des filles de 11^e année ou 5^e secondaire ayant une relation suivie avec une autre personne disent se sentir à l'aise d'avoir des contacts physiques avec leur partenaire (figure 3F.9). C'est dire que ces contacts physiques ont l'aval des deux partenaires, ce qui est prometteur pour le développement de relations futures.
- Une échelle d'appartenance à l'école, fondée sur trois questions comme il est décrit en page 153, a servi à classer les réponses des élèves et catégoriser leur attachement comme faible, moyen ou bon. Les garçons et les filles des trois classes qui éprouvent un bon sentiment d'appartenance à l'école auraient moins de rapports sexuels que ceux qui se sentent peu attachés à l'école (figures 3G.9 à 3G.12).

Préoccupations

Les résultats de l'étude sont globalement encourageants, bien que certaines réponses inquiètent. Ils sont exposés et discutés ci-dessous.

- La majorité des filles et des garçons de 7^e année ou 1^{re} secondaire ont répondu que le personnel enseignant s'intéresse à eux en tant que personnes et il en va de même en 9^e et 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire, quoique les pourcentages soient moindres dans les classes supérieures.
- D'autres déterminants de la santé, soit l'habileté d'adaptation et l'estime de soi, génèrent des résultats préoccupants, la confiance des élèves en leurs possibilités semblant avoir diminué depuis 1989 (figure 2D.5). Pour ce qui est des comportements risqués, la fréquence de l'intimidation est décourageante. En effet, la proportion des jeunes qui disent avoir été victimes de moqueries du fait de leur apparence ou de leur façon de parler ou être l'objet de blagues, de remarques et de gestes à caractère sexuel au moins une fois en deux mois va du cinquième au tiers de l'ensemble (figures 2E.1 à 2E.4).
- Les comportements dangereux pour la santé sont révélés par la prévalence de la consommation d'alcool et l'enivrement à répétition (figure 2F.4). Ces résultats inquiètent. Par ailleurs, le cinquième des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire et le tiers des élèves de 11^e année ou de 5^e secondaire disent que plus de la moitié de leurs amis intimes se droguent pour s'évader (figure 2H.5).
- Les réponses relatives aux camarades laissent songeurs. En effet, pour un nombre substantiel d'élèves, courir les soirées et d'être rebelle ou désobéir aux règles sont des moyens de devenir populaire à l'école (figures 2H.1 et 2H.2).
- Certains des résultats liés aux services de santé et d'éducation sont troublants. Ainsi, 32 p. 100 des filles de 11^e année ou 5^e secondaire parleraient en premier lieu à leurs amis si elles croyaient avoir une maladie transmise sexuellement et seules 17 p. 100 consulteraient d'abord leur médecin de famille (figure 2I.1). Moins de 3 p. 100 des filles et 1 p. 100 des garçons ont consulté un médecin pour des tests de dépistage ou le traitement d'infections transmises sexuellement au cours des douze derniers mois. Par ailleurs, 12 p. 100 des garçons et 16 p. 100 des filles de 11^e année ou 5^e secondaire ne savaient pas où les jeunes se procurent le plus probablement des condoms (figure 2I.3). Pour ce qui est de l'éducation, les résultats sont très alarmants : 27 p. 100 des élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire et 14 p. 100 des élèves de 9^e et de 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire n'auraient eu aucun cours sur le VIH ou le sida au cours des deux années précédant le sondage (figure 2I.8). Autre pourcentage troublant : 17 p. 100 des élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire, 8 p. 100 des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire et 11 p. 100 des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire ont dit n'avoir reçu aucune éducation sur la sexualité humaine, la puberté et

la contraception pendant les deux années ayant précédé le sondage (figure 2I.6). Certains points liés à la sexualité sont aussi sources de préoccupations.

- Sur le plan des connaissances spécifiques, moins de la moitié, soit 40 p. 100 des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire et un peu plus de la moitié, ou 53 p. 100 des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire, savaient qu'il ne faut pas employer la vaseline comme lubrifiant avec un condom. Des pourcentages semblables savaient que les hommes qui ont des relations sexuelles non protégées sont plus vulnérables au VIH ou au sida. Par ailleurs, le quart des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire et le tiers des élèves de 11^e année ou 5^e secondaire savaient que le risque d'être infectés par le VIH n'est pas plus élevé au cours d'une relation vaginale qu'au cours d'une relation anale. Il est tout aussi inquiétant de constater que les élèves croient à tort qu'il existe un vaccin contre le VIH et le sida (figures 3B.4 et 3B.5) et qu'environ 66 p. 100 des élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire (figure 3B.10) et 50 p. 100 des élèves de 9^e année ou 3^e secondaire croient qu'on peut guérir le VIH ou le sida (figure 3B.6). Il est démoralisant de voir que les élèves qui ont participé à cette étude en savent généralement moins que ceux qui ont été interrogés pour l'étude de 1989. De même, les élèves qui indiquent que la télévision, le cinéma ou Internet sont leur principale source d'information sur le VIH et le sida ont des scores plutôt faibles sur le plan des connaissances utiles (figures 3B.23 et 3B.25). Chez les élèves de 7^e année ou 1^{re} secondaire, le nombre d'heures de classe sur ce sujet ne semble pas influencer sur les scores en matière de connaissances (figure 3B.27).
- Comme il a été dit plus haut, nous avons évalué l'attitude des élèves à travers leur réaction à une série d'énoncés. De 45 à 50 p. 100 des élèves, tous âges confondus, disent craindre de contracter une ITS, le VIH ou le sida (tableau 3C.1), ce qui représente une diminution du sentiment de vulnérabilité depuis 1989 (figure 3C.1).
- Peu d'élèves parmi ceux qui ne sont pas encore sexuellement actifs en donnent pour raison la crainte de la grossesse ou la crainte du VIH, du sida ou d'autres MTS. Il y a lieu de s'inquiéter, dans une certaine mesure, que la crainte de répercussions sur la santé influe peu sur la décision de devenir sexuellement actif.
- Le nombre de partenaires augmente la probabilité d'une grossesse chez les filles sexuellement actives. Or 46 p. 100 des filles, à l'exclusion de celles de 7^e année ou 1^{re} secondaire, qui disent avoir été enceintes, ont indiqué aussi avoir eu au moins quatre partenaires sexuels (figure 3E.7). De même, les filles et les garçons qui ont eu de multiples partenaires ont indiqué souffrir d'une ITS (figure 3E.9). En outre, 22 p. 100 des filles et 24 p. 100 des garçons de 9^e année ou 3^e secondaire et 16 p. 100 des garçons et des filles de 11^e année ou 5^e secondaire répondent qu'ils seraient trop gênés de consulter un médecin ou une infirmière s'ils avaient une ITS (figure 3E.11). Toutefois, la grande majorité des filles et des garçons de 9^e et 11^e années ou 3^e et 5^e secondaire (soit de 77 à 88 p. 100) indiquent qu'ils en parleraient à leur partenaire (figure 3E.12).
- Constatation déplorable : toutes classes confondues, les élèves faisant état d'un trouble d'apprentissage sont plus nombreux à être sexuellement actifs ou à s'adonner à des activités sexuelles préliminaires. Au total, les incapacités et les maladies chroniques semblent donc prédisposer les élèves aux risques relatifs à la santé sexuelle (figures 3G.6 à 3G.8).

C. Implications

Introduction

Les adolescentes et adolescents ont besoin d'une bonne base d'information, d'éducation et de soutien pour s'épanouir et avoir une saine sexualité à mesure qu'ils progressent vers l'âge adulte. La sexualité et la santé sexuelles sont des concepts difficiles à définir et tout aussi difficiles à opérationnaliser.

Toutefois, la présente étude permet de tirer d'importantes conclusions, y compris des aspects réconfortants et déconcertants issus des données, sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. C'est de cette information que l'on peut déduire les implications et les pratiques les plus prometteuses à l'adresse de ceux et celles qui prennent les décisions et qui les appliquent, des enseignants et des responsables des programmes d'éducation ou d'intervention, des professionnels de la santé et du personnel connexe de même qu'en vue de la recherche future.

Responsables des décisions et de l'application

La présente étude montre assez manifestement que la santé sexuelle à l'adolescence est un volet indispensable de la santé en général et représente donc un important investissement pour le Canada. Par conséquent, ceux et celles dont relève la prise et l'application des décisions dans les administrations et les gouvernements locaux, régionaux, provinciaux, territoriaux et nationaux du Canada doivent veiller activement à ce que les adolescentes et les adolescents bénéficient de programmes d'éducation et d'information, de services et de communautés qui leur permettent de devenir des adultes en bonne santé sexuelle. De là, Santé Canada et le Conseil canadien des ministres de l'Éducation (Canada) [CMEC] pourraient établir des normes de connaissances, d'habiletés et d'attributs à posséder de la maternelle à la fin du secondaire, tout comme l'a fait le CMEC pour d'autres sujets comme les mathématiques, afin d'orienter l'élaboration des programmes d'études, la formation et le perfectionnement du personnel enseignant et l'éducation des parents.

Personnel enseignant, programmes d'études et intervention

L'étude a des implications pour les enseignants et l'élaboration des programmes d'études, que ceux-ci soient exécutés dans les écoles ou par des organismes communautaires. Les enseignants et enseignantes doivent aborder les éléments suivants ou continuer d'en traiter :

- Le cadre entier de la santé sexuelle, y compris les déterminants de la santé, les connaissances, les attitudes et les comportements ainsi que la qualité de vie inhérente à une saine sexualité.
- Un contenu qui dépasse les seuls fondements pour s'étendre à diverses considérations. Par exemple, il est certainement important d'aborder les raisons d'utiliser le condom mais tout aussi pertinent d'avoir une discussion sur les motifs qu'ont certaines adolescentes et certains adolescents de ne pas y recourir.
- La connaissance et la compréhension des attitudes personnelles envers la sexualité, puisque les convictions influent parfois plus que les connaissances sur le comportement.
- Le respect des connaissances, attitudes et convictions des parents.
- Le respect des personnes qui sont atteintes par le VIH ou le sida.

Professionnels de la santé et personnel connexe

Les conclusions de la présente étude ont des implications pour la profession médicale, qui fait partie des ressources qui doivent devenir et rester accessibles aux jeunes. Les médecins, le personnel infirmier et le personnel des cliniques doivent aborder les éléments suivants ou continuer d'en traiter :

- L'information donnée aux adolescentes et aux adolescents sur le VIH, le sida, les MTS et la sexualité humaine est-elle appropriée à l'âge, complète et objective?
- Les professionnels de la santé qui offrent des services aux adolescentes et aux adolescents sont-ils affables?
- Les lieux où sont fournis les soins de santé sont-ils accessibles? (Emplacement, espaces de stationnement, heures d'ouverture et coût des services.)
- La confidentialité est-elle assurée?

Recherche à venir

Enfin, il faut étendre la recherche aux populations adolescentes ci-dessous, pour recueillir une information détaillée sur le contenu le plus approprié et la prestation des programmes d'éducation sexuelle :

- jeunes homosexuels et bisexuels,
- jeunes qui ne connaissent pas avec certitude leur orientation sexuelle,
- jeunes ayant des troubles d'apprentissage ou une mobilité réduite,
- jeunes souffrant de maladies chroniques,
- jeunes n'ayant pas d'activités sexuelles,
- jeunes sexuellement actifs.

Figures et tableaux

Figure 1.1 : Nombre de résultats positifs au test pour le VIH chez les 15 à 19 ans	7
Figure 1.2 : Cadre conceptuel de l'EJSSVS	8
Tableau 1.1 : Taille des échantillons	12
Tableau 1.2 : Répartition des élèves par sexe, dans chaque classe	12
Figure 2B.1 : Richesse familiale perçue, 7e année	16
Figure 2B.2 : Richesse familiale perçue, 9e année	16
Figure 2B.3 : Richesse familiale perçue, 11e année	17
Figure 2B.4 : Occupation du père	17
Figure 2B.5 : Raison du chômage du père	18
Figure 2B.6 : Occupation de la mère	18
Figure 2B.7 : Raison du chômage de la mère	19
Figure 2B.8 : Langue usuelle à la maison	19
Figure 2B.9 : Religion	20
Figure 2B.10 : Orientation sexuelle, 7e année ou 1re secondaire	20
Figure 2B.11 : Orientation sexuelle, 9e année ou 3e secondaire	21
Figure 2B.12 : Orientation sexuelle, 11e année ou 5e secondaire	21
Figure 2B.13 : Élèves qui aimeraient être nés du sexe opposé	22
Figure 2B.14 : Élèves ayant des difficultés d'apprentissage	23
Figure 2B.15 : Prévalence et type d'incapacité, 7e année ou 1re secondaire	23
Figure 2B.16 : Prévalence et type d'incapacité, 9e année ou 3e secondaire	24
Figure 2B.17 : Prévalence et type d'incapacité, 11e année ou 5e secondaire	24
Figure 2C.1 : « Dans notre école, les élèves participent à l'établissement des règles. »	25
Figure 2C.2 : « Dans notre école, les élèves sont traités trop sévèrement. »	26
Figure 2C.3 : Résultats des élèves de 7e année ou 1re secondaire	26
Figure 2C.4 : Résultats des élèves de 9e année ou 3e secondaire	27
Figure 2C.5 : Résultats des élèves de 11e année ou 5e secondaire	27
Figure 2C.6 : « Mes enseignants s'intéressent à moi en tant que personne. »	28
Figure 2C.7 : « Les attentes de mes enseignants à l'égard de mon rendement scolaire sont trop élevées. »	28
Figure 2C.8 : Objectifs scolaires, 9e année ou 3e secondaire	29
Figure 2C.9 : Objectifs scolaires, 11e année ou 5e secondaire	29
Figure 2C.10 : Objectifs scolaires, selon le sondage	30
Figure 2D.1 : « La religion tient une place importante dans ma vie. »	30
Figure 2D.2 : Élèves fréquentant chaque semaine une église, une mosquée, une synagogue ou tout autre établissement religieux, par année de sondage	31
Figure 2D.3 : « Il m'est souvent difficile de dire non. »	32
Figure 2D.4 : « J'ai confiance en moi. »	32
Figure 2D.5 : « J'ai confiance en moi. » par année de sondage	33
Figure 2D.6 : « Je suis content-e de ce que je suis. »	33
Figure 2D.7 : « Il m'arrive souvent de regretter une chose que j'ai faite. »	34
Figure 2D.8 : Élèves se considérant très ou plutôt beaux ou belles	35
Figure 2D.9 : Élèves souhaitant modifier leur apparence	35
Figure 2D.10 : Élèves suivant un régime amaigrissant	36
Figure 2D.11 : Élèves qui estiment avoir besoin de maigrir mais ne sont pas à la diète	36
Figure 2E.1 : Élèves qui ont dit en avoir harcelé d'autres dans les deux mois précédents	37

Figure 2E.2 : Élèves qui ont été victimes de moqueries au cours des deux mois précédents, étant donné leur apparence ou leur façon de parler	37
Figure 2E.3 : Élèves se plaignant de rumeurs ou de méchancetés répandues à leur sujet au cours des deux mois précédents	38
Figure 2E.4 : Élèves victimes de blagues, de remarques ou de gestes à caractère sexuel au cours des deux mois précédents	38
Figure 2F.1 : Fréquence de la consommation d'alcool, 11e année ou 5e secondaire	39
Figure 2F.2 : Âge de la première consommation d'alcool, 11e année ou 5e secondaire	40
Figure 2F.3 : Âge du premier enivrement, 11e année ou 5e secondaire	40
Figure 2F.4 : Fréquence d'enivrement	41
Figure 2F.5 : Consommation de drogues au moins une fois par mois	41
Figure 2F.6 : Élèves consommant du hashish ou de la marijuana au moins une fois par mois, par sondage	42
Figure 2F.7 : Élèves ayant déjà fumé	42
Figure 2F.8 : Fréquence du tabagisme	43
Figure 2F.9 : Élèves ayant fait percer un endroit de leur corps autre que les oreilles	43
Figure 2F.10 : Élèves ayant des tatouages permanents	44
Figure 2G.1 : Conditions de logement	44
Figure 2G.2 : « Je demeure dans une famille heureuse. »	45
Figure 2G.3 : Élèves qui parlent facilement ou très facilement à leur père de leurs préoccupations réelles	46
Figure 2G.4 : Élèves qui parlent facilement ou très facilement à leur mère de leurs préoccupations réelles	46
Figure 2G.5 : « Je peux parler de sexualité en toute franchise avec mon père. »	47
Figure 2G.6 : « Je peux parler de sexualité en toute franchise avec ma mère. »	48
Figure 2G.7 : « Mon père pense qu'il est important que je sorte avec des garçons ou des filles. »	48
Figure 2G.8 : « Ma mère pense qu'il est important que je sorte avec des garçons ou des filles. »	48
Figure 2H.1 : « Comment une personne de ton âge devient-elle populaire à l'école? » Garçons seulement	49
Figure 2H.2 : « Comment une personne de ton âge devient-elle populaire à l'école? » Filles seulement	50
Figure 2H.3 : « Je passe la plus grande partie de mon temps à courir les soirées. »	50
Figure 2H.4 : Élèves croyant que leurs amis ont eu des relations sexuelles	51
Figure 2H.5 : Élèves croyant que leurs amis intimes se droguent pour s'évader	52
Figure 2I.1 : « Si tu pensais avoir attrapé une MTS, à qui en parlerais-tu en premier? », 11e année ou 5e secondaire	53
Figure 2I.2 : Élèves s'étant adressé à un médecin ou à une clinique au sujet de la contraception ou d'une grossesse dans les 12 mois précédents	53
Figure 2I.3 : « Comment les jeunes préfèrent-ils se procurer des condoms? », 11e année ou 5e secondaire	54
Figure 2I.4 : Principale source d'information sur la sexualité humaine, la puberté et la contraception, 9e année ou 3e secondaire	55
Figure 2I.5 : Principale source d'information sur le VIH et le sida, 9e année ou 3e secondaire	55
Figure 2I.6 : Nombre d'heures de classe consacrées à l'information sur la sexualité humaine, la puberté et la contraception au cours des 2 années scolaires précédentes	56
Figure 2I.7 : Principale source d'information sur le VIH et le sida, par sondage 9e année ou 3e secondaire	56
Figure 2I.8 : Nombre d'heures de classe consacrées à l'information sur le VIH et le sida au cours des deux années précédentes	57
Figure 3B.1 : Connaissance des mécanismes de transmission et des moyens de protection - VIH et sida, 9e année ou 3e secondaire	62

Figure 3B.2 : Connaissance des mécanismes de transmission et des moyens de protection - VIH et sida, 11e année ou 5e secondaire	63
Figure 3B.3 : Connaissances sur le diagnostic et le traitement - VIH et sida 9e année ou 3e secondaire	64
Figure 3B.4 : Connaissances sur le diagnostic et le traitement - VIH et sida, 11e année ou 5e secondaire	65
Figure 3B.5 : Connaissance d'autres MTS, 9e année ou 3e secondaire	66
Figure 3B.6 : Connaissance d'autres MTS, 11e année ou 5e secondaire	67
Figure 3B.7 : Connaissance du VIH et du sida, 7e année ou 1re secondaire	68
Figure 3B.8 : « Lorsqu'on partage des aiguilles pour prendre de la drogue, on risque d'attraper le virus du sida. » (Vrai) – Selon l'année	69
Figure 3B.9 : « Les personnes qui ont plus d'un partenaire sexuel risquent plus que les autres d'être infectées par le virus du sida. » (Vrai) - Selon l'année du sondage	69
Figure 3B.10 : « Lorsqu'on a des rapports sexuels, on peut réduire le risque d'attraper le virus du sida en utilisant un condom. » (Vrai) - Selon l'année du sondage	69
Figure 3B.11 : « La vaseline n'est pas un bon lubrifiant à utiliser avec un condom. » (Vrai) – Selon l'année du sondage	70
Figure 3B.12 : « On peut guérir de l'infection par le VIH ou du sida si on se fait soigner très tôt. » (Faux) – Selon l'année du sondage	70
Figure 3B.13 : « Il existe des analyses sanguines qui permettent de savoir si une personne a été infectée par le virus du sida. » (Vrai) – Selon l'année du sondage	71
Figure 3B.14 : « Les personnes infectées par le virus du sida meurent habituellement en l'espace de quelques semaines. » (Faux) – Selon l'année du sondage	71
Figure 3B.15 : « Les infections à chlamydia sont les MTS les plus fréquentes, mais elles n'ont pas de conséquences graves. » (Faux) – Selon l'année du sondage	72
Figure 3B.16 : « Lorsqu'on a déjà eu une MTS, on ne peut pas l'attraper de nouveau. » (Faux) – Selon l'année du sondage	72
Figure 3B.17 : « Il arrive souvent qu'une personne ayant une MTS ne présente aucun symptôme. » (Vrai) Selon l'année du sondage	72
Figure 3B.18 : Nombre de réponses correctes aux énoncés vérifiant les connaissances - 7e année ou 1re secondaire	73
Figure 3B.19 : Nombre de réponses correctes aux énoncés vérifiant les connaissances - 9e année ou 3e secondaire	73
Figure 3B.20 : Nombre de réponses correctes aux énoncés vérifiant les connaissances - 11e année ou 5e secondaire	74
Figure 3B.21 : Principale source d'information sur le VIH et le sida en fonction des scores en connaissances 7e année ou 1re secondaire - Garçons	75
Figure 3B.22 : Principale source d'information sur le VIH et le sida en fonction des scores en connaissances 7e année ou 1re secondaire - Filles	75
Figure 3B.23 : Principale source d'information sur le VIH et le sida en fonction des scores en connaissances 9e année ou 3e secondaire - Garçons	76
Figure 3B.24 : Principale source d'information sur le VIH et le sida en fonction des scores en connaissances 9e année ou 3e secondaire - Filles	76
Figure 3B.25 : Principale source d'information sur le VIH et le sida en fonction des scores en connaissances 11e année ou 5e secondaire - Garçons	77
Figure 3B.26 : Principale source d'information sur le VIH et le sida en fonction des scores en connaissances 11e année ou 5e secondaire - Filles	77
Figure 3B.27 : Nombre d'heures de classe consacrées depuis 2 ans à l'information sur le VIH et le sida en fonction du score en connaissances - 7e année ou 1re secondaire	78
Figure 3B.28 : Nombre d'heures de classe consacrées depuis 2 ans à l'information sur le VIH et le sida en fonction du score en connaissances - 9e année ou 3e secondaire	78

Figure 3B.29 : Nombre d'heures de classe consacrées depuis 2 ans à l'information sur le VIH et le sida en fonction du score en connaissances - 11e année ou 5e secondaire	79
Tableau 3C.1 : Crainte du VIH et du sida (% tout à fait d'accord et d'accord) 7e année ou 1re sec. 9e année ou 3e sec. 11e année ou 5e sec. Garçons Filles Garçons Filles Garçons Filles	79
Tableau 3C.2 : Attitudes envers les personnes touchées par le VIH et le sida	80
Tableau 3C.3 : Attitudes envers la sexualité (% tout à fait d'accord et d'accord) 9e année ou 3e sec. 11e année ou 5e sec.	81
Figure 3C.1 : « J'ai peur d'attraper une MTS. » - Selon l'année de sondage	81
Figure 3C.2 : « Je ne pourrais pas être l'ami-e de quelqu'un qui est infecté par le virus du sida. » - Selon l'année de sondage	82
Figure 3C.3 : « Les personnes qui ont le virus du sida n'ont que ce qu'elles méritent. » - Selon l'année de sondage	82
Figure 3C.4 : « Les personnes qui ont le virus du sida devraient avoir le droit de servir le public. » - Selon l'année de sondage	83
Figure 3D.1 : Baiser prolongé (bouche ouverte) au moins une fois	83
Figure 3D.2 : Caresses au-dessus de la taille au moins une fois	84
Figure 3D.3 : Caresses au-dessous de la taille au moins une fois	84
Figure 3D.4 : Rapports sexuels buccaux au moins une fois	85
Figure 3D.5 : Rapports sexuels complets au moins une fois	85
Figure 3D.6 : Baiser prolongé (bouche ouverte) au moins une fois, selon l'année de sondage	86
Figure 3D.7 : Caresses au-dessus de la taille au moins une fois, selon l'année de sondage	86
Figure 3D.8 : Caresses au-dessous de la taille au moins une fois, selon l'année de sondage	86
Figure 3D.9 : Rapports sexuels complets au moins une fois, selon l'année de sondage	87
Figure 3D.10 : Fréquence des rapports sexuels parmi les garçons sexuellement actifs de 9e année/3e secondaire, selon l'année de sondage	87
Figure 3D.11 : Fréquence des rapports sexuels parmi les filles sexuellement actives de 9e année/3e secondaire, selon l'année de sondage	88
Figure 3D.12 : Fréquence des rapports sexuels parmi les garçons sexuellement actifs de 11e année/5e secondaire, selon l'année de sondage	88
Figure 3D.13 : Fréquence des rapports sexuels parmi les filles sexuellement actives de 11e année/5e secondaire, selon l'année de sondage	89
Figure 3D.14 : Motifs d'abstinence, 9e année ou 3e secondaire	90
Figure 3D.15 : Motifs d'abstinence, 11e année ou 5e secondaire	91
Figure 3D.16 : Motifs des premiers rapports sexuels, 9e année ou 3e secondaire	92
Figure 3D.17 : Motifs des premiers rapports sexuels, 11e année ou 5e secondaire	92
Figure 3D.18 : Nombre de partenaires sexuels parmi les élèves ayant eu des rapports sexuels, 9e année ou 3e secondaire	93
Figure 3D.19 : Nombre de partenaires sexuels parmi les élèves ayant eu des rapports sexuels, 11e année ou 5e secondaire	94
Figure 3D.20 : Nombre de partenaires sexuels parmi les garçons de 11e année/5e secondaire ayant eu des rapports sexuels, selon l'année de sondage	94
Figure 3D.21 : Nombre de partenaires sexuels parmi les filles de 11e année/5e secondaire ayant eu des rapports sexuels, selon l'année de sondage	95
Figure 3E.1 : Moyens de contraceptive utilisés lors des derniers rapports sexuels en date, 9e année ou 3e secondaire	96
Figure 3E.2 : Moyens de contraceptive utilisés lors des derniers rapports sexuels en date, 11e année ou 5e secondaire	96
Figure 3E.3 : Raison de ne pas avoir utilisé le condom lors des derniers rapports sexuels, 9e année ou 3e secondaire	97

Figure 3E.4 : Raison de ne pas avoir utilisé le condom lors des derniers rapports sexuels, 11e année ou 5e secondaire	98
Figure 3E.5 : Consommation d'alcool ou de drogues avant les derniers rapports sexuels en date	99
Figure 3E.6 : Élèves sexuellement actives devenues enceintes ou élèves sexuellement actifs ayant rendu une fille enceinte	99
Figure 3E.7 : Élèves sexuellement actives devenues enceintes ou élèves sexuellement actifs ayant rendu une fille enceinte, selon le nombre de partenaires sexuels, 9e et 11e années ou 3e et 5e secondaire	100
Figure 3E.8 : Élèves ayant ou ayant eu une MTS	100
Figure 3E.9 : Élèves ayant une ITS, selon le nombre de partenaires sexuels, 9e et 11e années ou 3e et 5e secondaire	101
Figure 3E.10 : Élèves ayant subi un test de dépistage d'infection transmissible sexuellement	101
Figure 3E.11 : Élèves se disant trop gênés ou gênées pour consulter un médecin ou une infirmière s'ils avaient une ITS	102
Figure 3E.12 : Élèves qui confieraient à leur partenaire une éventuelle ITS	102
Figure 3E.13 : Intentions et attitudes à l'égard du condom 9e année/3e secondaire	104
Figure 3E.14 : Intentions et attitudes envers le condom 11e année ou 5e secondaire	104
Figure 3E.15 : « Je pense que le condom amoindrit le plaisir sexuel. » - Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement	105
Figure 3E.16 : « Je pense que le condom amoindrit le plaisir sexuel. » - Selon l'orientation sexuelle - Filles seulement	105
Figure 3E.17 : « Je sais que je pourrais utiliser un condom correctement. » - Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement	106
Figure 3E.18 : « Je sais que je pourrais utiliser un condom correctement. » - Selon l'orientation sexuelle - Filles seulement	106
Figure 3E.19 : « J'accepterais d'avoir des rapports sexuels avec un ou une partenaire qui refuserait qu'on utilise un condom. » - Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement	107
Figure 3E.20 : « J'accepterais d'avoir des rapports sexuels avec un ou une partenaire qui refuserait qu'on utilise un condom. » - Selon l'orientation sexuelle - Filles seulement	107
Figure 3E.21 : J'ai l'intention d'utiliser un condom avec ma, mon ou mes pasrtenaires sexuels. - Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement	108
Figure 3E.22 : J'ai l'intention d'utiliser un condom avec ma, mon ou mes pasrtenaires sexuels. - Selon l'orientation sexuelle - Filles seulement	108
Figure 3E.23 : « Avant d'avoir des rapports sexuels, je demanderais à mon ou ma partenaire si nous ne devrions pas utiliser un condom. » Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement	109
Figure 3E.24 : « Avant d'avoir des rapports sexuels, je demanderais à mon ou ma partenaire si nous ne devrions pas utiliser un condom. » Selon l'orientation sexuelle - Filles seulement	109
Figure 3E.25 : « Il incombe aux deux partenaires de s'assurer qu'ils ont des condoms. » Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement	110
Figure 3E.26 : « Il incombe aux deux partenaires de s'assurer qu'ils ont des condoms. » Selon l'orientation sexuelle - Filles seulement	110
Figure 3E.27 : « Cela me gênerait trop d'acheter des condoms. » Selon l'orientation sexuelle - Garçons seulement	111
Figure 3E.28 : « Cela me gênerait trop d'acheter des condoms. » Selon l'orientation sexuelle - Filles seulement	111
Figure 3E.29 : « Je sais quoi faire pour ne pas attraper le virus du sida. »	112
Figure 3E.30 : « Je sais quoi faire pour ne pas attraper le virus du sida. » Selon l'année de sondage	113

Figure 3F.1 : Nombre de petites amies ou de petits amis réguliers au cours des 12 derniers mois 7 ^e année/1 ^{re} secondaire	114
Figure 3F.2 : Élèves ayant actuellement une petite amie régulière ou un petit ami régulier	115
Figure 3F.3 : C'est le petit ami ou la petite amie qui décide de l'emploi du temps, 7 ^e année ou 1 ^{re} secondaire	116
Figure 3F.4 : C'est le petit ami ou la petite amie qui décide de l'emploi du temps, 9 ^e année ou 3 ^e secondaire	117
Figure 3F.5 : C'est le petit ami ou la petite amie qui décide de l'emploi du temps, 11 ^e année ou 5 ^e secondaire	117
Figure 3F.6 : Le petit ami ou la petite amie paie les achats faits ensemble 7 ^e année ou 1 ^{re} secondaire	118
Figure 3F.7 : Le petit ami ou la petite amie paie les achats faits ensemble, 9 ^e année ou 3 ^e secondaire	118
Figure 3F.8 : Le petit ami ou la petite amie paie les achats faits ensemble, 11 ^e année ou 5 ^e secondaire	119
Figure 3F.9 : À l'aise avec les contacts physiques 7 ^e année ou 1 ^{re} secondaire	119
Figure 3F.10 : À l'aise avec les contacts physiques 9 ^e année ou 3 ^e secondaire	120
Figure 3F.11 : À l'aise avec les contacts physiques 11 ^e année ou 5 ^e secondaire	120
Figure 3F.12 : Élèves ayant eu des rapports sexuels alors qu'ils ou elles ne le voulaient pas	121
Figure 3F.13 : Élèves incités à avoir des rapports sexuels en fonction de la personne (petit ami ou petite amie) qui décide de l'emploi du temps - 9 ^e et 11 ^e années ou 3 ^e et 5 ^e secondaire	121
Figure 3F.14 : Élèves ayant eu des rapports sexuels alors qu'ils ou elles n'en voulaient pas, en fonction de qui (petit ami ou petite amie) décide de l'emploi du temps 9 ^e et 11 ^e années ou 3 ^e et 5 ^e secondaire	122
Figure 3F.15 : « Il n'y a rien de mal pour une fille à inviter quelqu'un à sortir avec elle. »	122
Figure 3F.16 : « C'est important de sortir avec un ou une élève qui est populaire à l'école. »	123
Figure 3F.17 : « C'est important de sortir avec un ou une élève qui est populaire à l'école. » - Selon le nombre de partenaires sexuels 9 ^e année ou 3 ^e secondaire	124
Figure 3F.18 : « C'est important de sortir avec un ou une élève qui est populaire à l'école. » - Selon le nombre de partenaires sexuels, 11 ^e année ou 5 ^e secondaire	124
Figure 3G.1 : Activité sexuelle préliminaire, selon les relations avec les parents, 7 ^e année ou 1 ^{re} secondaire	125
Figure 3G.2 : Activité sexuelle, selon les relations avec les parents, 9 ^e année ou 3 ^e secondaire	125
Figure 3G.3 : Activité sexuelle, selon les relations avec les parents, 11 ^e année ou 5 ^e secondaire	126
Figure 3G.4 : Activité sexuelle préliminaire en fonction de l'existence d'une maladie de longue durée ou de troubles médicaux, 7 ^e année ou 1 ^{re} secondaire	126
Figure 3G.5 : Élèves ayant eu des rapports sexuels, en fonction de l'existence d'une maladie de longue durée ou de troubles médicaux, 9 ^e et 11 ^e années ou 3 ^e et 5 ^e secondaire	127
Figure 3G.6 : Activité sexuelle préliminaire, en fonction de l'existence de troubles d'apprentissages, 7 ^e année ou 1 ^{re} secondaire	127
Figure 3G.7 : Activité sexuelle, en fonction de l'existence de troubles d'apprentissage, 9 ^e année ou 3 ^e secondaire	128
Figure 3G.8 : Activité sexuelle, en fonction de l'existence de troubles d'apprentissage, 11 ^e année ou 5 ^e secondaire	128
Figure 3G.9 : Élèves ayant eu des rapports sexuels, selon le degré du sentiment d'appartenance à l'école 9 ^e année ou 3 ^e secondaire - Filles	129
Figure 3G.10 : Élèves ayant eu des rapports sexuels, selon le degré du sentiment d'appartenance à l'école 9 ^e année ou 3 ^e secondaire - Garçons	129
Figure 3G.11 : Élèves ayant eu des rapports sexuels, selon le degré du sentiment d'appartenance à l'école 11 ^e année ou 5 ^e secondaire - Filles	130

Figure 3G.12 : Élèves ayant eu des rapports sexuels, selon le degré du sentiment d'appartenance à l'école 11e année ou 5e secondaire - Garçons	130
Figure 3G.13 : Propension aux comportements sexuels risqués selon le sentiment d'appartenance à l'école Garçons de 9e et 11e années ou 3e et 5e secondaire	131
Figure 3G.14 : Propension aux comportements sexuels risqués selon le sentiment d'appartenance à l'école Filles de 9e et 11e années ou 3e et 5e secondaire	131
Figure 3G.15 : Activité sexuelle, en fonction de l'activité sexuelle des camarades - 9e année ou 3e secondaire	132
Figure 3G.16 : Activité sexuelle, en fonction de l'activité sexuelle des camarades - 11e année ou 5e secondaire	132
Figure 3G.17 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction de l'activité sexuelle - Garçons de 9e année ou 3e secondaire	133
Figure 3G.18 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction de l'activité sexuelle - Filles de 9e année ou 3e secondaire	133
Figure 3G.19 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction de l'activité sexuelle - Garçons de 11e année ou 5e secondaire	134
Figure 3G.20 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction de l'activité sexuelle - Filles de 11e année ou 5e secondaire	134
Figure 3G.21 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction des activités sexuelles préliminaires - Garçons de 7e année ou 1re secondaire	135
Figure 3G.22 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction des activités sexuelles préliminaires - Filles de 7e année ou 1re secondaire	136
Figure 3G.23 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction des activités sexuelles préliminaires - Garçons de 9e année ou 3e secondaire	137
Figure 3G.24 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction des activités sexuelles préliminaires - Filles de 9e année ou 3e secondaire	137
Figure 3G.25 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction de l'usage du condom - Garçons de 11e année ou 5e secondaire	138
Figure 3G.26 : Énoncés sur l'estime de soi, en fonction de l'usage du condom - Filles de 11e année ou 5e secondaire	138
Figure 3G.27 : Usage du condom lors des derniers rapports sexuels, en fonction de la consommation de d'alcool ou de drogues - 9e et 11e années ou 3e et 5e secondaire	139
Figure 3G.28 : « Je suis content-e de ce que je suis. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 9e année ou 3e secondaire	140
Figure 3G.29 : « Je suis content-e de ce que je suis. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 11e année ou 5e secondaire	140
Figure 3G.30 : « J'ai confiance en moi. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 9e année ou 3e secondaire	140
Figure 3G.31 : « J'ai confiance en moi. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 11e année ou 5e secondaire	141
Figure 3G.32 : « Il m'arrive souvent de regretter une chose que j'ai faite. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 9e année ou 3e secondaire	141
Figure 3G.33 : « Il m'arrive souvent de regretter une chose que j'ai faite. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 11e année ou 5e secondaire	141
Figure 3G.34 : « Si je pouvais, je changerais mon apparence. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 9e année ou 3e secondaire	142
Figure 3G.35 : « Si je pouvais, je changerais mon apparence. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 11e année ou 5e secondaire	142

Figure 3G.36 : « Je passe la plus grande partie de mes temps libres à courir les soirées. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 9e année ou 3e secondaire	142
Figure 3G.37 : « Je passe la plus grande partie de mes temps libres à courir les soirées. » - Selon la propension aux comportements sexuels risqués, 11e année ou 5e secondaire	143
Figure 3G.38 : Scores en matière de connaissances, selon la propension aux comportements sexuels risqués, 9e année ou 3e secondaire	143
Figure 3G.39 : Scores en matière de connaissances, selon la propension aux comportements sexuels risqués, 11e année ou 5e secondaire	144