

Les Services de Santé Sexuelle et D'éducation Pour les Adolescents : Les Options en Nouvelle-Écosse

Série de documents de discussion No. 8 ❖ Décembre 2000

Sommaire

L'adolescence constitue une période de nombreux défis de toutes sortes pour les jeunes femmes et les jeunes hommes; l'un de ceux-ci, non négligeable, est le maintien d'une bonne santé sexuelle, dimension que l'Organisation mondiale de la Santé définit de la façon suivante : « ...l'intégration des dimensions somatique, émotionnelle, intellectuelle et sociale des êtres sexuels, favorisant l'épanouissement de la personnalité, la communication et l'amour ». Alors que les adolescents doivent composer avec un grand éventail de questions liées à la santé sexuelle, le présent document se penche spécifiquement sur les aspects somatiques, notamment la prévention de la grossesse et des maladies transmises sexuellement (MTS).

Les jeunes sont généralement capables d'acquérir les connaissances et les habiletés nécessaires pour veiller à toutes les dimensions de leur santé sexuelle, et ils sont souvent capables aussi de prendre les mesures qui s'imposent. Malheureusement, certains se heurtent à des obstacles quant ils tentent d'accéder à l'information dans ce domaine et d'agir en fonction de celui-ci, une situation qui donne lieu à des grossesses non désirées et mène aux MTS, dont les taux dépassent toute norme acceptable. Ces deux conditions entraînent pour les jeunes femmes, les jeunes hommes, leurs enfants et leurs communautés des conséquences immédiates et à long terme sur le plan économique et social et sur celui de la santé.

Rédaction par Donald B. Langille, Professeur agrégé, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Faculté de médecine, Université de Dalhousie.

© Les droits de publication sont partagés entre le CESFM et l'auteur, 2000. Ces communications représentent les opinions de l'auteur et non pas les politiques officielles de Santé Canada, du CESFM ou de ses patrons.

Table des Matières

Introduction	3
L'activité sexuelle chez les adolescents	5
Les maladies transmises sexuellement chez les adolescents	6
Comparaison des taux de maladies transmises sexuellement à l'échelle internationale	8
Les grossesses chez les adolescentes au Canada et en Nouvelle-Écosse	9
Comparaison des taux de grossesses chez les adolescentes à l'échelle internationale	12
Des services de santé efficaces en matière de sexualité et des programmes d'éducation	13
Les services en matière de santé sexuelle et les politiques et programmes d'éducation en Nouvelle-Écosse	17
Les options concernant de services et d'éducation dans le domaine de la santé sexuelle chez les adolescents	25
Conclusion	32
Remerciements	33
Références	33

Les taux de grossesse chez les adolescentes de la Nouvelle-Écosse sont légèrement plus faibles que la moyenne canadienne; chaque année, environ quatre pour cent des femmes âgées de quinze à dix-neuf ans deviennent enceintes. Les MTS se répandent chez les jeunes de façon disproportionnée, et ce sont les adolescentes qui sont le plus touchées. Des données internationales indiquent que cette situation peut être grandement améliorée, notamment en ce qui a trait à la grossesse chez les adolescentes, et qu'une grande part de cette amélioration potentielle relève de notre capacité d'intervention concertée et réfléchie pour gérer les questions de santé sexuelle chez les adolescents, par le biais des services de santé et de l'éducation. L'expérience vécue dans d'autres régions démontre que les services de santé en matière de sexualité donnent de bons résultats lorsqu'ils réunissent des volets multiples, c.-à-d. lorsqu'ils font appel à un large éventail de ressources communautaires et obtiennent de celles-ci l'appui nécessaire, dont le soutien des professionnels de la santé et de l'éducation, des parents, des organismes communautaires et des adolescents eux-mêmes. L'éducation sexuelle à l'école doit aussi mettre l'accent sur les résultats et être fondée sur la théorie; elle doit être suffisamment soutenue et livrée par des enseignants motivés et bien formés. Pour joindre nos jeunes et les aider grâce à ces moyens, il nous faut donc examiner les politiques de santé et d'éducation de la Nouvelle-Écosse.

Les actions de promotions de la santé sexuelle chez les adolescents indiquent la présence d'un intérêt réel quant aux résultats évoqués. Cet intérêt transpire des objectifs définis par le ministère de la Santé, mais ceux-ci n'exposent pas en détail les moyens à mettre en œuvre pour soutenir un système décentralisé qui servirait à les réaliser. Les services reposent sur les médecins en soins primaires, auxquels certains adolescents ont difficilement accès; sur un comité *ad hoc* des centres de santé pour jeunes; sur un système de santé publique qui a pour mandat de promouvoir la santé sexuelle sans toutefois bénéficier d'un appui solide du centre et des régions et, en dernier lieu, sur l'organisme Planned Parenthood, dont l'accès est limité. Les orientations en matière d'éducation sont floues en ce qui a trait à la santé sexuelle et aux objectifs visés, mais les documents des programmes sont plus précis. L'étude de ces documents et des résultats de recherche pertinents révèlent que le programme d'éducation sexuelle fournit, sur le plan du contenu, trop peu d'information trop tard. Les étudiants eux-mêmes estiment qu'ils sont privés de soutien au sein même du système d'éducation. Ce manque d'appui, considéré sous l'angle écologique, c'est-à-dire du système dans son ensemble, constitue une lacune très importante, puisqu'il est peu réaliste de s'attendre à ce que les jeunes passent ce qu'il faut faire pour veiller à leur bien-être s'ils ne se sentent pas réellement appuyés dans leur démarche.

Les options concernant les politiques de santé en matière sexuelle pour les adolescents forment un continuum qui va du maintien du *statu quo* à la restructuration en profondeur du système. Une telle restructuration devrait concilier les changements, les théories de promotion de la santé et l'éducation, conformément aux orientations progressistes en évolution dans d'autres régions. De tels changements nécessitent la création de services de santé destinés aux jeunes, et axés de façon pertinente sur la santé sexuelle et les questions qui s'y rattachent. Il faudrait en outre restructurer les programmes d'éducation en matière d'éducation sexuelle et la coordination des ressources communautaires destinées aux adolescents, et accorder la priorité à cette tâche. L'expérience de la ville d'Amherst

démontre que de telles mesures sont à la fois réalisables et acceptées au sein des communautés néo-écossaises, et qu'elles ont le potentiel d'avoir un effet bénéfique sur la santé sexuelle des adolescents.

Introduction

L'adolescence constitue une période de développement au cours de laquelle la plupart d'entre nous prenons davantage conscience de notre sexualité et commençons à l'explorer. La plupart des adolescents vivent cette transition sans subir d'effets négatifs en ce qui a trait à leur santé. Tel n'est pas le cas^{1,2}, par contre, pour un grand nombre d'entre eux, ce qui soulève la question suivante : comment assurer et améliorer la santé sexuelle des jeunes Néo-Écossais par le biais de nos services de santé et d'éducation? Cette importante question mérite d'être analysée de façon réfléchie et doit donner lieu à des actions concertées de la part des décideurs, des pourvoyeurs de services de santé et des éducateurs. Bien que certains progrès aient été réalisés, de jeunes Néo-Écossais, comme nous le verrons, subissent les conséquences des orientations inadéquates en matière de santé et d'éducation sexuelles. Cela ne veut pas dire qu'une réflexion n'a pas été menée sur cette question primordiale, ni que des orientations et des projets susceptibles d'exercer une influence positive sur la santé sexuelle des adolescents ne sont pas élaborés ou en cours d'élaboration, mais tout simplement que les progrès se sont avérés loin d'être optimaux. Ce document tente de cerner les questions irrésolues dans le but de mettre en l'avant des actions destinées à s'attaquer à ce dossier très important pour la Nouvelle-Écosse.

L'appartenance sexuelle et la santé sexuelle

Les questions concernant l'appartenance sexuelle sont particulièrement importantes en ce qui concerne la santé sexuelle des femmes adolescentes. Les représentations portant sur la masculinité et la féminité produisent des effets³ extrêmement déterminants dans la sphère des relations sexuelles, déterminant à un degré significatif l'état de santé des adolescents. Les femmes subissent des pressions à la fois subtiles et directes de la part des hommes⁴; les femmes jeunes peuvent laisser à leur partenaire masculin⁵ le soin de prendre les décisions en matière de santé sexuelle. Il n'est pas rare que les jeunes femmes en Nouvelle-Écosse⁶ subissent une coercition de nature sexuelle, tout comme dans d'autres régions^{7,8,9}. Des recherches menées en Nouvelle-Écosse ont aussi démontré que les relations sexuelles chez les adolescents peuvent être caractérisées par des différences d'âges marquées, les jeunes femmes étant souvent beaucoup moins âgées que leurs partenaires masculins¹⁰; le même constat a été fait dans d'autres régions¹¹. Les structures de pouvoir au sein de telles relations peuvent jouer un rôle important dans l'adoption de comportements sexuels à risque et engendrer des conséquences négatives tels que des grossesses non désirées¹². Cette dynamique se déroule dans un environnement (notamment un environnement médiatique) qui promeut l'activité sexuelle et définit la valeur des jeunes, surtout les jeunes femmes, en termes sexuels, sans mettre de l'avant des pratiques sexuelles plus sécuritaires³. La coercition et la violence sexuelles constituent des questions clés qui doivent être abordées par la voie des services de santé et d'éducation¹³.

Les jeunes hommes ont aussi à affronter de nombreuses questions. Ils reçoivent des messages de nombreuses sources, y compris de leurs pairs, qui les exhortent à prouver leur virilité en ayant des relations sexuelles avec plusieurs partenaires et à se vanter de leurs « conquêtes ». Un manquement à cette obligation imposée par les pairs peut entraîner des railleries au contenu parfois homophobe¹⁴. Les décisions en matière de contraception, surtout en ce qui a trait à l'utilisation des condoms, nécessitent la participation des deux partenaires, un fait peu retenu dans les études de comportements liés à la contraception¹⁵. Les efforts de promotion de la santé sexuelle ne peuvent réellement porter fruit que si les politiques en matière de santé et d'éducation tiennent compte des facteurs touchant à la fois les jeunes hommes et les jeunes femmes.

Les facteurs socio-économiques et la santé sexuelle

Des conditions socio-économiques précaires constituent un facteur majeur influant sur la santé sexuelle des adolescents. L'absence de distribution de revenus équitables se traduit par un taux de grossesse plus élevé chez les femmes âgées de moins de dix-huit ans¹⁶; la recherche a d'ailleurs démontré que plusieurs facteurs s'y rapportant sont des prédicteurs de grossesse chez les adolescentes. Parmi ces facteurs, soulignons le fait d'avoir une mère qui était elle-même adolescente au moment de la grossesse, les troubles émotifs et des résultats scolaires médiocres à l'âge de seize ans¹⁷. Non seulement ces facteurs sont-ils perçus comme les causes d'une mauvaise santé sexuelle, mais ils sont aussi considérés comme des problèmes en soi : la grossesse chez les adolescentes est associée à un affaiblissement subséquent des réalisations scolaires, au chômage, à une dépendance accrue envers le régime de sécurité sociale et à un taux de divorce accru chez les jeunes femmes qui se marient¹⁸. Selon les recherches, un niveau d'études peu élevé dans la société d'aujourd'hui qui est de plus en plus sophistiquée et axée sur la technologie fera en sorte que les conséquences concernant ces questions seront de plus en plus graves¹⁹, alors que d'autres sont d'avis que de telles prévisions s'avéreront fausses²⁰.

Les orientations en matière d'éducation sexuelle

Ce document, tout en reconnaissant l'ampleur et l'étendue des questions portant sur la santé sexuelle, y compris celles qui ont été évoquées plus haut ci-dessus, met l'accent sur les politiques visant à promouvoir et à assurer la santé physique, notamment la prévention des MTS et des grossesses non désirées. La validité d'une telle approche est confirmée par le biais d'une étude de plusieurs définitions de la santé sexuelle. Par exemple, la troisième définition contenue dans le guide de l'OMS sur la promotion de la santé sexuelle à l'intention des professionnels est claire, soit « être libre de toutes dysfonctions, maladies et déficiences biologiques qui entravent les fonctions sexuelles et génésiques »²¹. La définition de la santé sexuelle émise par Goldsmith²² retient trois composantes essentielles, dont deux sont liées aux effets mentionnés ci-dessus : i) l'absence et la prévention des MTS, y compris du virus de l'immunodéficiência humaine (VIH); et ii) le contrôle de la fertilité et la prévention de grossesses non désirées. Une troisième définition liée à cette approche est celle de Greenhouse, qui indique que « la santé sexuelle est la jouissance d'une activité sexuelle choisie, qui se porte pas atteinte à l'intégrité physique ou mentale »²³.

Le document fera donc l'étude : i) de l'étendue de l'activité sexuelle, des pratiques à risque et de leurs effets négatifs sur la sexualité chez des adolescents au Canada et en Nouvelle-Écosse, en effectuant des comparaisons à l'échelle internationale dans les cas pertinents; ii) des politiques actuelles portant sur la santé et l'éducation en Nouvelle-Écosse; iii) de la nature et de l'étendue des services et de l'éducation en matière de santé sexuelle tels que dispensés actuellement dans la province; et iv) des options destinées à aborder cet aspect important de la santé. Puisque les services de santé sexuelle et d'éducation visent nécessairement autant les jeunes hommes que les jeunes femmes, il faudra aborder les questions qui touchent ces deux clientèles, bien que l'accent sera mis sur celles qui touchent en particulier les jeunes femmes.

L'activité sexuelle chez les adolescents

Plusieurs études ont révélé que de nombreux adolescents canadiens ont fait l'expérience de la sexualité (c.-à-d. ont eu des rapports sexuels) et ce, souvent à un très jeune âge. Une importante recherche pancanadienne sur les jeunes Canadiens et le SIDA a été menée auprès de 38 000 jeunes Canadiens inscrits au secondaire (7^e, 9^e et 11^e années) et en première année collégiale ou universitaire. Ceux qui avaient décroché et les jeunes vivant dans la rue étaient aussi représentés²⁴. Vingt-six pour cent des jeunes de la 9^e année du secondaire et un peu moins de 50 % des jeunes de 11^e année avaient déjà eu des rapports sexuels au moins une fois. Des taux légèrement supérieurs ont été enregistrés chez les répondants néo-écossais.²⁵

Une étude menée dans toute la province de la Colombie-Britannique auprès d'étudiants du secondaire (7^e à 12^e année), soit 15 549 participants, a révélé que 52 % des adolescentes de 12^e année et 55 % des adolescents de même niveau avaient déjà eu des rapports sexuels au moins une fois. Dans le cadre de cette étude, seulement 53 % des jeunes filles et 64 % des jeunes hommes ont rapporté avoir utilisé un condom lors de leur dernier rapport sexuel. Vingt-quatre pour cent des adolescentes ont dit ne pas avoir utilisé de moyen contraceptif lors de leur dernier rapport sexuel.²⁶

Des résultats semblables ont été obtenus en Nouvelle-Écosse. Une étude de 1996 portant sur l'usage des drogues chez les étudiants de la Nouvelle-Écosse a révélé que 37 % des étudiants de la 10^e année et 61 % des étudiants de la 12^e année du cours secondaire avaient eu des rapports sexuels²⁷, et que 15 % des étudiants de 10^e année et 25 % de ceux de 12^e année n'avaient jamais utilisé de condoms lors des rapports sexuels. Plus de 1300 étudiants du comté de Cumberland inscrits au secondaire (9^e à 12^e année) ont été interrogés en 1992. Cinquante-cinq pour cent d'entre eux avaient eu des rapports sexuels, y compris 82 % des étudiants âgés de 18 et 19 ans. Seulement 35 % ont rapporté avoir utilisé des condoms lors de tous leurs rapports sexuels.²⁸ À Amherst, en Nouvelle-Écosse, une étude de 1996 révélait que 51 % des étudiants de la 9^e à 12^e année du secondaire avaient entretenu des rapports sexuels; 29 % des femmes âgées de 13 à 15 ans et 24 % de celles qui étaient âgées de 16 à 17 ans n'avaient pas utilisé de moyen contraceptif lors de leur dernier rapport sexuel.¹⁰

Non seulement les jeunes ont-ils souvent des rapports sexuels sans utiliser de moyen contraceptif ou de protection contre les MTS, mais certains prennent des risques en ayant des relations avec plusieurs partenaires. En ce qui concerne l'étude menée dans le comté de Cumberland et citée plus haut, environ 40 % des étudiants sexuellement actifs rapportaient avoir eu au moins deux partenaires au cours de la dernière année; ce comportement à risque a été relevé autant chez les adolescentes que les adolescents.²⁸ Une étude récente menée auprès de 2374 étudiants de niveau secondaire dans deux comtés du nord de la Nouvelle-Écosse a révélé que sur 45 % des garçons et 49 % des filles qui avaient eu des rapports sexuels, 35 % et 32 % respectivement avaient eu plus d'une ou d'un partenaire sexuel au cours de l'année précédant l'étude.²⁹ Des résultats semblables ont été relevés dans le cadre de l'étude de 1996 portant sur l'utilisation des drogues chez les étudiants de la Nouvelle-Écosse.²⁷

Les résultats démontrent clairement que les adolescents sont souvent sexuellement actifs à un très jeune âge, et que l'absence de contraception et la présence de partenaires multiples constituent des pratiques courantes. Les orientations liées aux services de santé sexuelle doivent tenir compte de ces réalités fondamentales plutôt que de prétendre qu'elles n'existent pas ou de souhaiter qu'il en soit autrement. Comme le démontrent les études présentées ci-dessous, comparant la santé sexuelle chez les adolescents à l'échelle internationale, le fait d'adopter une approche pragmatique et réaliste face à cet état de fait social engendrera des effets positifs très réels en ce qui a trait au maintien et à la promotion de la santé des jeunes.

Les maladies transmises sexuellement chez les adolescents

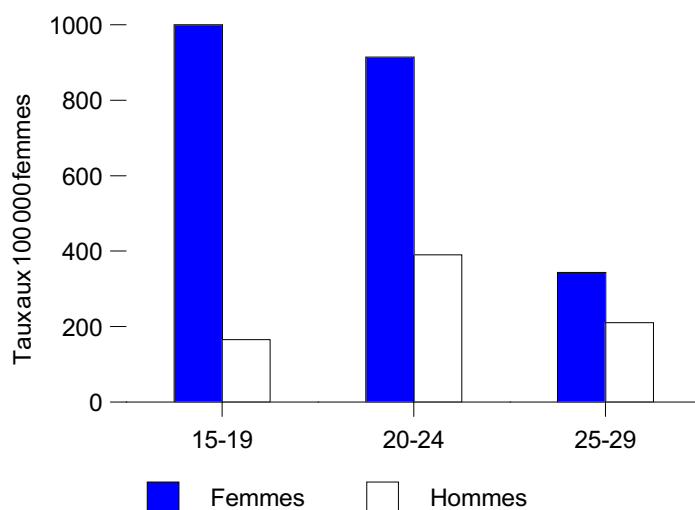
Les MTS constituent une réalité courante chez les adolescents. Elles sont souvent asymptomatiques et provoquent des infections pelviennes, l'infertilité et des grossesses ectopiques.^{1,30} La *chlamydia trachomatis* est la MTS qui est signalée le plus souvent; 64 % des cas de stérilité tubaire et 42 % des grossesses ectopiques sont provoqués, selon les recherches, par la chlamydia.³¹

Parmi les autres maladies importantes, on trouve la gonorrhée, une MTS qui est signalée surtout chez les adolescentes de 15 à 19 ans et chez les hommes de 20 à 24 ans. En 1980, le nombre de cas de gonorrhée rapportés était de 219,8 sur une population de 100 000³²; en 1999, il était de 16,4 sur 100 000. Cette baisse a été attribuée à l'amélioration des méthodes de diagnostic, au dépistage des contacts et aux traitements efficaces. La syphilis est maintenant rare. En 1997, quatre provinces et deux territoires rapportaient qu'aucun cas de syphilis ne subsistait sur leur territoire; toutes les provinces et territoires, à l'exception de la Colombie-Britannique, ont atteint l'objectif national fixé pour l'an 2000, soit de < 0,5 cas pour 100 000 personnes.³³ Le nombre de cas de VIH signalé chez les jeunes de 15 à 19 ans sont assez peu fréquents et stables, se chiffrant à un pour cent des cas rapportés entre 1985 et juin 2000 chez les garçons et à 3,7 % chez les filles.³⁴ Toutefois, le fait qu'un nombre important de cas de VIH soit signalé chez les individus âgés de 20 à 29 ans porte à croire que le taux de transmission du VIH est élevé pendant la période de l'adolescence. Il n'y a tout simplement pas de données disponibles concernant le VIH – plusieurs infections virales, y compris l'herpès et le papillomavirus, ne sont pas signalées au Canada.

Les taux d'infection les plus élevés de *chlamydia trachomatis* signalés au Canada et en Nouvelle-Écosse sont relevés chez les adolescentes de 15 à 24 ans^{32, 35} qui, pour plusieurs raisons, sont davantage à risque si on les compare aux femmes et aux adolescents plus âgés. Parmi ces raisons, notons les facteurs liés au développement physiologique du col de l'utérus,³⁶ et le fait que les jeunes femmes ont souvent des partenaires plus âgés, lesquels souffrent davantage d'infections que les hommes plus jeunes.^{10, 11, 12} Bien qu'il soit vraisemblable que nombre de cas de chlamydia n'ont pas été détectés chez les femmes, il est probable que proportionnellement, le nombre d'hommes atteints de chlamydia non détectée soit supérieur, étant donné que les jeunes femmes subissent davantage de contrôles que les jeunes hommes lorsqu'elles consultent pour des fins de contraception.³⁷ L'évaluation du taux d'infection du col de l'utérus chez les adolescentes au Canada varie selon la population à l'étudiée et peut atteindre, selon les rapports, 15 % dans certains contextes.³⁸ L'incidence de cas récurrents est particulièrement élevée chez les populations à risque tels que les jeunes vivant dans la rue.³⁹ Le tableau 1 illustre les taux signalés de chlamydia génitale au Canada en 1999.³²

Figure 1

Taux de chlamydia génitale/100 000 cas signalés au Canada, selon les groupes d'âges et les sexes, 1999



Source : Référence 35; Laboratoire de lutte contre la maladie, 2000

Les taux signalés de chlamydia chez les jeunes femmes en Nouvelle-Écosse suivent une tendance semblable à celle des taux rapportés à l'échelle nationale – les données signalées en 1997 indiquent un taux légèrement plus élevé chez les femmes de 20 à 24 ans pour cette année (Tableau 1). Les taux de chlamydia en Nouvelle-Écosse ont chuté au cours des dernières années, le taux de chlamydia rapporté chez les femmes étant passé de 390/100 000 à 185/100 000 en 1997.³⁵ Ceci pourrait signifier qu'il y a une hausse des pratiques de protection, y compris l'utilisation de condoms, ou que les efforts de dépistage ou de traitement produisent de meilleurs résultats.⁴⁰ Malgré cette diminution, la chlamydia reste une préoccupation de premier plan pour la santé publique, notamment pour les jeunes femmes.

Tableau 1

Cas de chlamydia selon les groupes d'âges et les sexes en Nouvelle-Écosse, 1997

Groupe d'âge	Hommes		Femmes	
	Cas	Taux*	Cas	Taux*
10-14	0	0	6	19.1
15-19	57	177.9	332	1056.5
20-24	96	283.2	357	1095.1
25-29	47	134	101	300.8
30-39	30	37	67	82.2
40-5-	8	6.7	13	10.8
60+	0	0	3	3.3
Total	241	51.9	885	185

*Taux pour 100 000 personnes

Source : Référence 35; Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, 1998

Le papillomavirus est une MTS qui comporte des conséquences particulières pour les femmes. Certains types de papillomavirus ont été liés au cancer du col de l'utérus, et selon les recherches, au moins 80 % des carcinomes envahissants qui touchent le col de l'utérus sont associés au papillomavirus.⁴¹ Aucun règlement national n'oblige les médecins à déclarer cette maladie au Canada et il est difficile d'estimer de façon précise les taux d'incidence nationaux. Or, le taux de cancer du col de l'utérus a diminué, passant d'un peu plus de 12/100 000 en 1985 à un peu plus de 8/100 000 en 1998,⁴² et nous ignorons si une telle baisse est due au fait qu'il y a moins de papillomavirus ou au fait que les Pap tests sont plus efficaces.

Comparaison des taux de maladies transmises sexuellement à l'échelle internationale

Il est difficile de comparer les taux de MTS signalés dans différents pays en raison des différences en ce qui a trait à au recueil de données, à la qualité de celles-ci et de l'ampleur du signalement. Peu d'efforts exhaustifs ont été entrepris pour effectuer de telles comparaisons, bien qu'une étude récente permet d'en faire quelques-unes.⁴⁰ Cette étude a démontré que, pour certains pays où la pratique de signalement était considérée comme courante et où l'infection à la chlamydia étaient signalée de façon séparée pour les 15 à 19 ans (Canada, Danemark, Finlande et Suède), les taux de chlamydia chez les femmes au Canada en 1996 étaient inférieurs à ceux qui ont été rapportés au Danemark et en Finlande et supérieur à celui de la Suède (Figure 2). Les adolescents canadiens (les deux sexes combinés) comptent pour 33 % des infections décelées, comparativement aux trois autres pays, dont les taux varient de 22 % à 25 %.

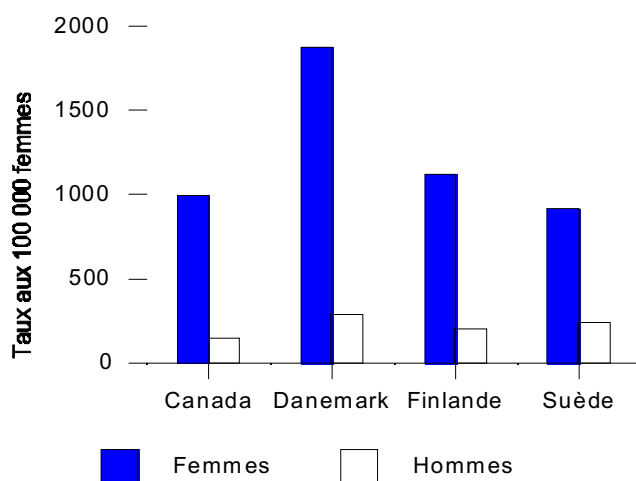
De telles données doivent être interprétées avec prudence, puisque ces statistiques sont fortement liées à la fréquence des pratiques de dépistage dans les pays participants. En effet, le Danemark, la Finlande et la Suède ont mis en

place des programmes de dépistage de la chlamydia au début des années 90. Bien que les taux de chlamydia dans ces pays nordiques sont semblables ou inférieurs à ceux qui ont été relevés chez les adolescentes canadiennes, nous notons que les taux de grossesses sont inférieurs en Suède et en Finlande (voir figure 6), ce qui indique peut-être un gauchissement des résultats en ce qui a trait aux cas de chlamydia signalés, en raison des méthodes différentes utilisées pour amasser les données.

Nous notons également que les taux de chlamydia signalés au Canada ont chuté depuis 1995, alors que ceux qui ont été rapportés aux États-Unis ont légèrement augmenté. Toutefois, les taux de gonorrhée et de syphilis ont baissé de façon semblable dans les deux pays.⁴²

Figure 2

Taux de chlamydia génitale/100 000, pour les 15 à 19 ans, dans les pays dont le taux de signalement est élevé, 1996



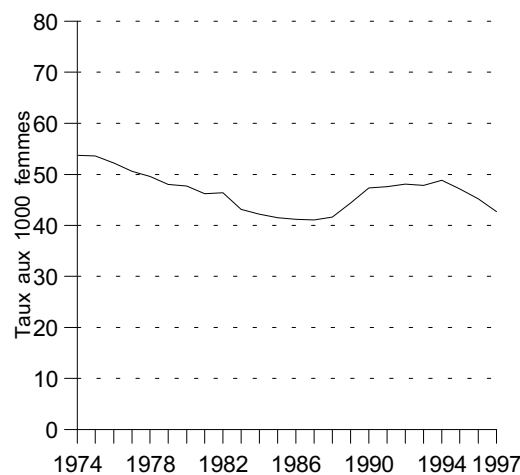
Source : Référence 40; Panchaud et al., 2000

Les grossesses chez les adolescentes au Canada et en Nouvelle-Écosse

Les grossesses chez les adolescentes peuvent donner lieu à des naissances prématurées et à des bébés ayant un poids insuffisant à la naissance, en plus d'un taux de mortalité infantile supérieur.^{43, 44} Contrairement à ce qui se dit souvent (« elles tombent enceintes pour l'appartement et l'argent »), environ les trois-quarts des grossesses chez les adolescentes ne sont pas désirées.^{19, 45} Une diminution des chances sur le plan des études, du marché du travail et des avantages économiques figure parmi les conséquences sociales que subissent les adolescentes enceintes. Les bébés qui naissent de mères âgées de 15 à 17 ans, comparativement à celles qui sont âgées de 20 à 21 ans, évoluent souvent un environnement familial offrant peu de soutien. Leur développement cognitif et leur santé sont aussi diminués. Les petites filles sont plus exposées à devenir elles-mêmes des mères adolescentes.⁴⁶

Les taux de grossesses chez les adolescentes canadiennes relevés entre 1974 et 1997 sont montrés sur la figure 3. Ils répertorient les naissances d'enfants vivants, les cas de fausses couches traités dans les hôpitaux, les avortements thérapeutiques effectués dans les hôpitaux et les cliniques gouvernementales, et les accouchements de morts-nés. Ces taux ont chuté de 53,7/1000 en 1974 à 44,4 en 1989. Les cinq années suivantes ont affiché une hausse, avec un taux de 48,8/1000 pour 1994. De 1994 à 1997, le taux de grossesse a diminué de façon constante, pour aboutir à 42,7/1000 en 1997. En 1997, 21 233 femmes âgées de 15 à 19 ans ont subi un avortement, un chiffre qui, pour la première fois, excède le nombre de naissances d'enfants vivants.⁴⁷

Figure 3
Grossesses/1000 femmes âgées de 15 à 19 ans, par tranche d'âge de 5 ans,
Canada, 1974-1997

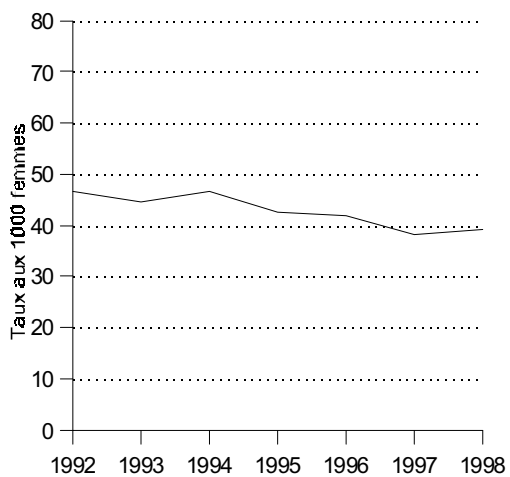


Source : Référence 47; Dryburgh, 2000

Les taux de grossesses en Nouvelle-Écosse sont légèrement inférieurs à la moyenne canadienne; environ quatre adolescentes sur 100 par an.⁴⁸ La province a également connu entre 1992 et 1998 une baisse des taux sans tenu compte de l'âge en ce qui a trait aux grossesses chez les femmes adolescentes, donnant lieu à un taux de 39,3 pour une population de 1000 femmes en 1998 (Figure 4).

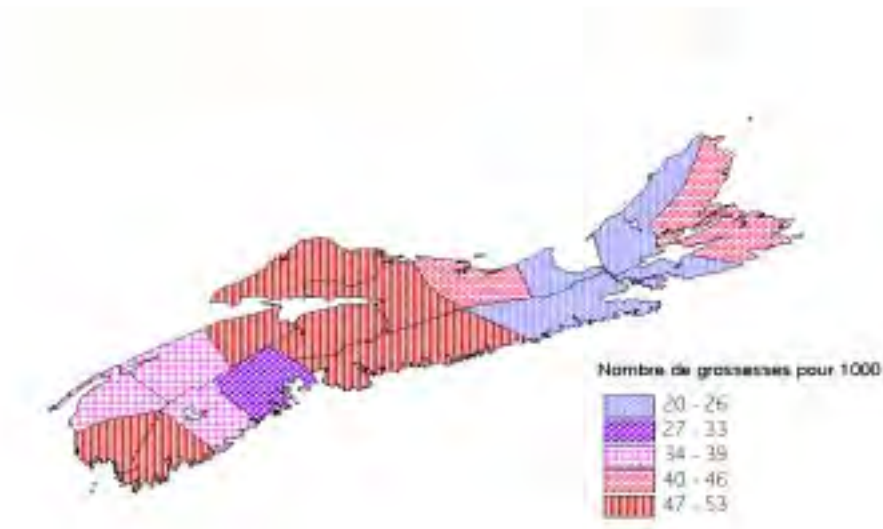
En Nouvelle-Écosse, le taux de grossesse varie grandement selon la région. La figure 5 présente l'étendue des taux non ajustés pour les femmes de 15 à 19 ans, par comtés, sous forme de moyennes pour la période de 1994 à 1998. En général, les taux sont plus élevés dans la région centrale de la province, y compris le comté de Halifax, tout comme dans la région ouest. Ils sont à leur plus bas dans la région intérieure de l'est. Les raisons qui expliquent de telles variations ne sont pas claires, mais elle sont probablement liées à l'environnement social et économique.⁴⁹

Figure 4
Grossesses / 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans, Nouvelle-Écosse, 1992 à 1998



Source : Référence 48; Nouvelle-Écosse Ministère de la Santé, 1999

Figure 5
Taux moyens de grossesse / 1000, N.-É. Femmes âgées de 15 à 19 ans, par comté, pour les années 1994 à 1998



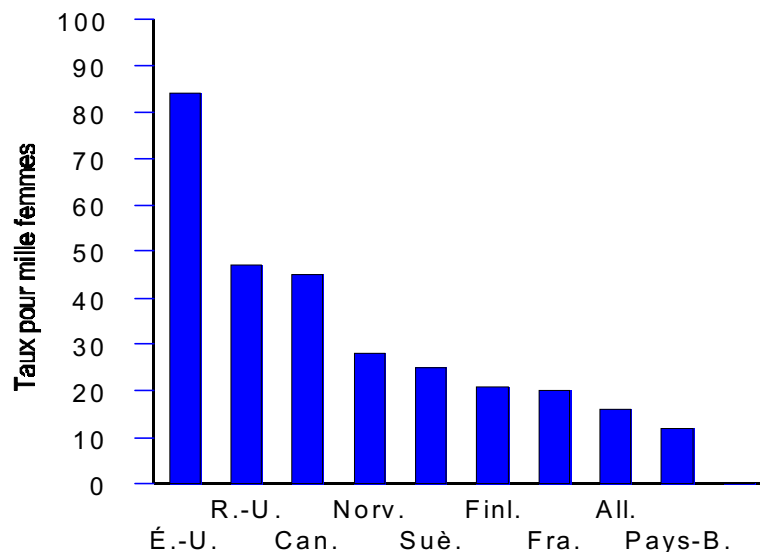
Source : Référence 48; Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, 1999

Comparaisons des taux de grossesses chez les adolescentes à l'échelle internationale

Au cours des trois dernières décennies, les taux de grossesses chez les adolescentes ont diminué dans les pays développés. En 1970, 29 pays industrialisés affichaient des taux de 35/1000 ou plus. En 1995, ce chiffre est passé à 12.⁵¹ Alors que ces chiffres reflètent la baisse générale de la fécondité dans ces pays, c'est le déclin du taux de fécondité chez les adolescentes qui y a contribué de façon disproportionnée.⁵¹

Comme la figure 6 le démontre, la situation pourrait être bien meilleure au Canada. Les pays scandinaves et les Pays-Bas, notamment, affichent des taux de grossesses chez les adolescentes qui sont beaucoup plus bas que ceux qui ont été relevés au Canada. Le document *Le progrès des nations* du FNUE affichait une moyenne mondiale de 65 naissances d'enfants vivants pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans; au Canada, en 1995, le taux de 24 naissances d'enfants vivants pour 1000 femmes était supérieur à ceux de tous les pays présentés dans la figure 6, à l'exception des États-Unis. (Il n'y a aucune donnée disponible pour le Royaume-Uni.) Le taux de grossesse chez les adolescentes au Canada en 1995 se comparait favorablement avec celui de l'Australie, qui se chiffrait à 22/1000, et était sensiblement meilleur que celui de la Nouvelle-Zélande, qui était de 32/1000.⁵² De toute évidence, le Canada affiche une amélioration en regard de certains pays développés, mais les comparaisons avec d'autres pays indiquent que d'énormes progrès restent à accomplir.

Figure 6
Taux de grossesse les plus récents chez les femmes âgées de 15 à 19 ans



Source : Référence 50; Singh and Darroch, 2000

Les différences d'un pays à l'autre sont donc très importantes en matière de grossesse chez les adolescentes et elles donnent lieu à des hypothèses en ce qui a trait aux facteurs en cause. Une attitude pragmatique à l'égard de la sexualité des

adolescents, se traduisant par une éducation sexuelle bien pensée et fondée sur de bonnes ressources, la possibilité pour les adolescents d'obtenir des contraceptifs et l'existence de services confidentiels et accessibles en matière de santé sexuelle constituent, semble-t-il, les facteurs majeurs qui expliquent les différences entre les pays affichant une bonne performance dans ce domaine et ceux qui présentent des lacunes.^{19, 53, 54} Fait à noter, une telle attitude et de telles politiques n'entraînent pas une hausse de l'activité sexuelle ni une sexualité plus précoce. Par exemple, les adolescents des É.-U. se révèlent être ceux dont l'activité sexuelle est la plus précoce et ceux des Pays-Bas, la plus tardive, alors que l'âge des premières relations sexuelles en France et en Allemagne se situe entre ces deux pays.⁵⁵

Les coûts entraînés par les grossesses chez les adolescentes et les maladies transmises sexuellement

Nous avons traité plus haut des coûts liés à la morbidité et à la mortalité, de même que les coûts sociaux pour les mères adolescentes et celles qui sont atteintes de MTS. Alors que ces coûts sont importants et entraînent une souffrance humaine, il existe aussi des coûts financiers directs, qui sont défrayés en grande partie par le public. Par exemple, aux É.-U., les coûts globaux liés aux MTS étaient évalués à 17 millions \$US pour l'année 1994. Pour chaque dollar investi dans le dépistage et le traitement de la chlamydia et de la gonorrhée au premier stade, on estime que douze dollars pourraient être épargnés, c'est-à-dire les coûts associés aux salpingites, à la stérilité tubaire et aux grossesses ectopiques.⁵⁶

Selon les recherches, les maladies transmises sexuellement sont responsables de 20 % de tous les cas d'infertilité au Canada.⁵⁷ Les données sur la fécondation in vitro recueillies par l'Agence canadienne de réglementation à Ottawa ont démontré que les coûts associés à cet acte médical sont très élevés. En 1995, cinq mille traitements de fécondation in vitro ont été effectués au Canada, chacun d'eux coûtant environ 6000 \$CAN, pour un coût total annuel de trente millions de dollars.

Les coûts financiers associés aux grossesses chez les adolescentes incluent ceux qui sont directement liés aux soins pré et postnatals, aux services d'avortement et au soutien social que requièrent, dans de nombreux cas, les mères adolescentes et leur bébé. En 1993, le nombre de familles menées par des mères adolescentes (ou qui étaient adolescentes lorsqu'elles ont eu leur premier enfant) s'élevaient à environ 2700; ces familles recevaient des allocations familiales en Nouvelle-Écosse.⁵⁸ Selon les estimations, chaque dollar alloué à la prévention des grossesses chez les adolescentes en ferait épargner dix.¹³

Des services de santé efficaces en matière de sexualité et des programmes d'éducation

Des services de santé efficaces en matière de sexualité

Un effort important a été fait, notamment aux États-Unis, pour passer en revue les services de santé sexuelle, dans le but de réduire les risques associés à la sexualité chez les adolescents. Plusieurs types de programmes ont été mis sur pied et nombreux sont ceux qui ont été évalués. Les programmes offerts aux adolescents

incluent des services de planification familiale, des programmes de distribution de condoms, des centres de santé dans les écoles ainsi que des interventions à volets multiples. Une évaluation majeure⁵⁹ met en lumière les résultats de nombreuses études sur les programmes visant à faciliter l'accès aux condoms et à d'autres types de contraceptifs et offre les conclusions suivantes :

- l'impact des cliniques de planification familiale en ce qui a trait aux comportements face à la contraception ne peut être clairement établie, en raison du fait que les études sont peu nombreuses et les résultats irréguliers;
- la possibilité d'obtenir des contraceptifs et des condoms dans les écoles dotées de centres de santé n'entraîne pas une activité sexuelle plus précoce;
- il n'existe aucune preuve à l'effet que la présence des centres dans les écoles favorise l'utilisation des contraceptifs et des condoms au sein des populations étudiantes et contribue à diminuer le taux de grossesse ou de naissance à l'échelle de toute l'école;
- les programmes à volets multiples auxquels participent de nombreux partenaires communautaires et qui comportent une participation intensive de la part de la communauté peuvent influencer sur les comportements à risque et les taux de grossesses; les études qui traitent de ce sujet sont irrégulières, ce qui signifie que le seul recours aux approches à volets multiples ne constitue pas une garantie de réussite;
- pour que les acquis soient de longue durée, les programmes à volets multiples doivent être renouvelables.

Le potentiel des approches multiples en matière de protection et de promotion de la santé sexuelle, auxquelles participe la communauté de façon générale, est reflété dans un document de Santé Canada, *Compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*. Le point 8 de ce document indique que « les familles et les collectivités doivent constituer un milieu physique et psychosocial favorable au maintien de la bonne santé sexuelle et génésique de tous leurs membres ». ¹³

L'expérience d'une approche à volets multiples en Nouvelle-Écosse

La Nouvelle-Écosse offre un exemple de ce type d'intervention, tel que reflété dans les résultats du projet Amherst Initiative for Healthy Adolescent Sexuality (Initiative pour une sexualité saine chez les adolescents d'Amherst). Ce projet, dont les fondements relèvent de la théorie socioécologique,^{60, 61} de la théorie sur l'apprentissage social et du marketing social,⁶³ faisant appel à de multiples stratégies d'intervention très prometteuses,^{59, 64, 65} s'est déroulé de 1996 à 1999. Un groupe de la communauté, composé d'écoles, de l'organisme Cumberland County Family Planning, du service de Santé publique, de parents, d'adolescents, de professionnels en soins de santé et de citoyens intéressés, soutenu par un coordonnateur rémunéré, a organisé des activités communautaires visant à promouvoir la santé en matière de sexualité. Les médias de masse ont été utilisés pour sensibiliser la communauté à la question de la sexualité des adolescents, pour améliorer l'éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles, pour favoriser le développement professionnel et la sensibilisation chez les parents, ainsi que promouvoir la mise sur pied d'un service infirmier clinique pour distribuer des condoms et aiguiller la clientèle vers les professionnels de la santé offrant des services complémentaires.

Des comparaisons faites entre 1996 et 1999 révèlent des changements importants chez les étudiants du secondaire (9^e à 12^e année) de la Amherst Regional High School (école secondaire régionale d'Amherst), en ce qui a trait à leurs connaissances, attitudes et comportements. Les étudiants des deux sexes affichaient une hausse de connaissances en matière de santé sexuelle; les adolescentes les plus jeunes (14 à 16 ans), autant que celles plus âgées (17 à 19 ans), disaient percevoir un soutien plus important de la part de leurs parents, partenaires, amis, médecins et communauté concernant l'usage des condoms; les jeunes femmes plus âgées démontraient une attitude beaucoup plus favorable envers ce moyen de contraception. Le taux d'utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel, ajusté selon l'âge, a augmenté pour tous les groupes d'âges, à l'exception des jeunes hommes plus âgés. L'utilisation d'un contraceptif oral au dernier rapport sexuel a augmenté de façon importante chez les femmes plus jeunes; et le taux de celles qui n'avaient pas utilisé de contraception lors de leur dernier rapport sexuel est passé de 32 % à 14 % entre 1996 et 1999. Pour terminer, la tendance ajustée selon l'âge, en ce qui a trait au taux de grossesse chez les femmes d'Amherst en 1998, a chuté de 31 % comparé à la période de 1995 à 1997 (1998 étant la première année où les effets de l'intervention sur le taux de grossesse se sont fait sentir). La comparaison avec la tendance provinciale au cours de la même période n'a pas atteint un niveau statistique significatif ($p=0,07$, unilatéral), probablement en raison du nombre peu élevé de grossesses.⁶⁶ Les résultats découlant de ce projet pilote, réalisé grâce à un modeste financement provenant d'efforts communautaires, sont très encourageants et soutiennent les conclusions de Kirby⁵⁹ concernant les possibilités offertes par les approches à volets multiples.

Des services de santé à volets multiples au Royaume-Uni

Il est à noter que le Royaume-Uni, après avoir étudié ces approches de façon approfondie, a adopté une stratégie à volets multiples pour traiter la question des grossesses chez les adolescentes. Cette approche intègre des interventions à plusieurs niveaux et affirme qu'« il faut déployer rien de moins qu'un effort concerté à l'échelle nationale pour changer la culture qui entoure la question de la grossesse chez les adolescentes, et solliciter la participation du gouvernement et des professionnels, des instances qui façonnent l'opinion et des médias, des communautés, des parents et des adolescents eux-mêmes... ».¹⁷ Cette campagne est coordonnée par la Social Exclusion Unit (Unité contre l'exclusion sociale), mise sur pied par le Premier ministre Blair, dans l'intention d'intensifier l'action du gouvernement visant à réduire l'exclusion sociale par le biais « de solutions connexes à des problèmes connexes ». Le travail de l'Unité porte sur des projets spécifiques, choisis par le Premier ministre après consultation avec des ministres et des groupes intéressés. La campagne sur la grossesse chez les adolescentes utilisera de façon intensive la presse écrite et la presse électronique et soulignera la collaboration du gouvernement national par le biais d'un conseil consultatif national indépendant. À l'échelle locale, les coordonnateurs communautaires travailleront à mettre en place une collaboration conjointe entre les ressources et les services en leur donnant un rôle à jouer dans la prévention de la grossesse chez les adolescentes, selon un processus « d'action concertée ». Des efforts de prévention seront exercés par les moyens suivants :

- des nouvelles consignes sur l'éducation sexuelle à l'intention des écoles, pour aider les adolescents à composer avec les pressions qui les incitent à avoir des relations sexuelles à un âge trop jeune et les encourager à utiliser des contraceptifs s'ils ont des rapports sexuels;
- une meilleure formation pour les enseignants;
- un nouvelle approche qui permet de consulter les parents sur ce qui doit être enseigné en matière de sexualité et qui leur permet de parler eux-mêmes de ces sujets à leurs enfants;
- des campagnes d'information visant à informer les parents des ressources susceptibles de les aider à discuter de sexualité avec leurs enfants;
- la mise sur pied de programmes intégrés et novateurs à partir de financement local;
- de nouvelles normes pour les services de santé favorisant la diffusion de conseils efficaces et responsables auprès des adolescents;
- des consignes claires et crédibles à l'intention des professionnels de la santé concernant la prescription, l'obtention et l'utilisation des contraceptifs chez les jeunes de moins de 16 ans, y compris l'obligation de conseiller cette clientèle lorsqu'elle cherche de l'information sur ce sujet;
- une nouvelle ligne d'aide téléphonique destinée aux adolescents pour donner des conseils en matière de sexualité et de relations et les aiguiller vers des services locaux; et
- une campagne de publicité à l'échelle nationale invitant les adolescents à consulter des professionnels de la santé.

Une éducation scolaire efficace en matière de santé sexuelle

Dans le contexte de ce document, l'efficacité de l'éducation sexuelle en milieu scolaire relève d'un contenu ayant réussi à susciter chez les jeunes des pratiques qui leur permettent de retarder la première relation sexuelle et à inciter ceux qui sont sexuellement actifs à avoir recours au condom et aux contraceptifs.⁶⁷ Deux études importantes menées aux États-Unis ont examiné les facteurs qui contribuent le plus à une éducation sexuelle efficace en milieu scolaire^{59, 68} et ont identifié les caractéristiques principales des programmes concernés :

- la présence d'un objectif clair visant à réduire un ou plusieurs comportements sexuels susceptibles de mener à une grossesse non désirée ou à une infection au VIH/SIDA, en évitant d'appauvrir le contenu du programme;
- l'intégration des objectifs axés sur les comportements, des méthodes d'enseignement et du matériel adaptés à cette tranche d'âge, de l'expérience sexuelle et de la culture des étudiants;
- un fondement axé sur des approches théoriques qui ont fait leur preuve quant à leur capacité d'influer sur les comportements liés à la santé;
- un échéancier de durée assez longue pour permettre aux participants de terminer les activités importantes;
- de l'information précise sur les risques provoqués par les relations sexuelles non protégées et les méthodes pouvant assurer une protection;

-
- l'utilisation d'un éventail de méthodes pédagogiques conçues pour favoriser la participation des jeunes;
 - l'intégration d'activités abordant la question des pressions sociales liées au sexe;
 - la présentation de modèles et de pratiques permettant de développer des capacités de communication, de négociation et de refus; et
 - une sélection permettant de recruter des enseignants qui croient au programme et de les former adéquatement.

Le premier point ci-dessus, portant sur le besoin d'établir un objectif pour obtenir des résultats, nécessite de plus amples commentaires. Il exprime le fait suivant : les programmes qui mettent l'accent sur le report de la première relation sexuelle ou sur l'utilisation de contraceptifs ont obtenu de meilleurs résultats que les autres. Toutefois, la manière dont il faut s'y prendre pour maintenir cette tendance tout en traitant d'autres sujets importants reste mal définie, les évaluations de tels programmes étant peu nombreuses.

Selon le document *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*⁶⁹ de Santé Canada, les programmes d'éducation sexuelle doivent viser tant l'amélioration de la santé sexuelle, y compris de l'image et de l'estime de soi, que la prévention des grossesses non désirées et des MTS, en mettant l'accent sur le fait que la sexualité est une composante vitale et positive du bien-être des jeunes. Il est clair que les volets portant sur la dynamique d'encouragement, les relations profondes, l'agression sexuelle/la coercition, l'orientation sexuelle et la transformation des attentes quant aux rôles sexuels en milieu de travail, dans la vie sociale et dans les relations interpersonnelles doivent être intégrés aux programmes de façon efficace. Toutefois, il semble que de tels objectifs en matière de santé doivent absolument être priorités si le résultat visé est la prévention des grossesses et des MTS.

Les services en matière de santé sexuelle et les politiques et programmes d'éducation en Nouvelle-Écosse

Les politiques et les services en matière de santé sexuelle

La question de la santé relève des gouvernements provinciaux; par conséquent, chaque province est responsable de l'élaboration des politiques portant sur les services de santé sexuelle à l'intention des adolescents. Toutefois, le gouvernement fédéral a exprimé ses préoccupations et son soutien dans ce domaine par le biais de plusieurs documents. Le premier de ceux-ci, *Rapport sur la santé génésique des adolescents*⁷⁰ a émis des recommandations visant à surmonter les obstacles qui empêchent les jeunes d'accéder aux services de santé sexuelle, par la mise sur pied de services communautaires complets et accessibles destinés aux adolescents de toutes les communautés du pays. Un deuxième document, *Compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*¹³, est le résultat de discussions à l'échelle nationale qui ont porté sur un cadre d'intervention visant à promouvoir et à assurer la santé sexuelle et reproductive des Canadiens et Canadiennes. Ce document doit servir

à encadrer les interventions concertées du gouvernement et des instances non gouvernementales. Le rapport propose des directions stratégiques qui mettent l'accent sur les facteurs déterminants de la santé sexuelle, et élabore les fondements nécessaires pour lancer des initiatives spécifiques, se penchant sur la multiplicité des influences qui agissent sur la santé sexuelle au cours d'une vie. Il a été rédigé en réponse au document *Virage à prendre en douceur : Rapport final de la Commission royale sur les nouvelles technologies de reproduction*⁵⁷ dans lequel on recommande l'adoption d'une approche coordonnée pancanadienne en matière de promotion de la santé sexuelle et reproductive.

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse reconnaît aussi l'importance de la santé sexuelle chez les adolescents. Depuis quelques années, le document de planification du ministère des Finances, *Government by Design*, a dégagé la question des grossesses chez les adolescentes comme thème ciblé par l'action gouvernementale; en 1996, l'objectif était de réduire le taux de 4,5 % à 3,6 % avant 2005.⁷¹ L'importance d'obtenir de tels résultats est aussi reconnue dans le plan d'affaires 2000–2001 du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse; l'étalon devant servir à évaluer le taux de réussite du ministère quant à l'amélioration de la santé en Nouvelle-Écosse sera l'ampleur de la réduction des grossesses chez les femmes âgées de moins de 20 ans.⁷² De plus, les normes de santé élaborées pour la Nouvelle-Écosse en vue de la régionalisation ont été approuvées par les régions en mars 1997. Ces normes énoncent le besoin de prévenir les MTS, de réduire l'activité sexuelle et les grossesses chez les adolescents et de mettre en place des initiatives régionales en matière de sexualité qui mèneront à une meilleure estime de soi et à une image corporelle positive.⁷³

Ces questions ont donc été cernées par le ministère comme des objectifs clés, bien qu'il est difficile de déterminer comment ces derniers seront traduits concrètement. Les directives offertes aux régions/districts de santé de la Nouvelle-Écosse sont minimales et les objectifs décrits ci-dessus ne sont pas accompagnés d'indications expliquant comment le ministère entend soutenir les efforts déployés pour les réaliser; par conséquent, ils doivent être vus comme des résultats à atteindre pour les régions/districts. Le ministère de la Santé publique semble avoir adopté ces objectifs sans toutefois mettre de l'avant une stratégie destinée à l'ensemble des régions/districts, qui ferait appel à la participation d'autres intervenants nécessaires, y compris les médecins, les hôpitaux et les centres jeunesse⁷⁴. En l'absence de direction claire en matière de politiques et de planification générale à l'échelle des régions/districts, il est clair que les efforts entrepris pour améliorer les services s'adressant aux jeunes produiront des résultats loin d'être optimaux.

Le besoin de planifier des actions dans ce domaine de la santé a été illustré par d'autres intervenants en Nouvelle-Écosse. Le Well Women's Health Study Group (Groupe d'étude sur la santé des femmes bien portantes) au Grace Maternity Hospital (Hôpital de maternité Grace), dans son rapport d'étape de 1995 intitulé *Improving the Health Status of Women in Nova Scotia* (L'amélioration de l'état de santé des femmes en Nouvelle-Écosse), mettait l'accent sur les effets des grossesses et des MTS sur la population adolescente et réclamait la création d'un plan d'action mené par un groupe de travail multidisciplinaire, dont le mandat serait de cerner les lacunes spécifiques et les besoins sur le plan de l'information, et d'élaborer des objectifs pertinents en fonction des résultats souhaités.⁷⁵ De plus,

dans une proposition de réorganisation des services présentée au ministère de la Santé, le groupe Planned Parenthood Nova Scotia a mis en lumière les obstacles auxquels les jeunes font face en matière d'éducation et de services de santé sexuelle et a proposé des approches fondées sur le développement communautaire et l'intervention générale auprès du public.⁵⁸

Plusieurs initiatives gouvernementales ont été lancées dans le but de se pencher sur les besoins des adolescents en matière de santé sexuelle. Un système d'« infirmières affectées à l'éducation sexuelle » (Sexuality Education Resources Nurses – SERNS) a été établi par le biais d'unités de santé locales à la fin des années 80. Ces infirmières, dotées d'un intérêt particulier pour la santé sexuelle et appuyées par des ateliers offerts par le ministère de la Santé, ont été mandatées pour dispenser dans leurs régions respectives une éducation en santé sexuelle en milieu scolaire et public. Une grande part de ce travail a été accompli grâce à aux compétences individuelles de ces infirmier et à leur capacité d'établir des liens, notamment avec les écoles. Dans un contexte de compressions budgétaires et de régionalisation, l'affectation des infirmières à des tâches d'éducation a disparu graduellement dans la plupart des régions. Dans la plupart des régions de la province, les infirmières de la santé publique sont affectées à des écoles et sont responsables des questions de santé globale, alors que dans le cas d'autres écoles, elles accomplissent leurs tâches en incorporant certaines activités scolaires dans leurs activités quotidiennes, selon les besoins.⁷⁶

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse fournit également un financement modeste aux organismes qui peuvent être amenés à se pencher sur la santé sexuelle chez les adolescents dans le cadre de leur mandat. Parmi ces groupes, mentionnons les organismes affiliés à Planned Parenthood Nova Scotia et à l'organisme Amherst Association for Healthy Adolescent Sexuality. Plusieurs des centres de santé jeunesse en milieu scolaire et communautaire de la Nouvelle-Écosse reçoivent un financement gouvernemental. Toutefois, les antécédents varient et rares sont les évaluations mesurant la portée de leurs actions sur la santé. Ces centres fonctionnent selon un éventail de stratégies visant à satisfaire les besoins en matière de santé chez les jeunes Néo-Écossais. La plupart ne disposent pas d'effectifs à temps plein et sont coordonnés par des individus ayant des antécédents au sein de la profession infirmière ou du domaine de l'éducation en santé.⁷⁷ Peu de données ont été publiées qui permettraient de jauger la capacité de tels centres à exercer une influence sur la santé sexuelle.

Le ministère de la Santé a participé au financement d'une récente campagne d'urgence en faveur de la contraception.⁷⁸ Au printemps 2000, la campagne est devenue un événement annuel et le ministère de la Santé a fourni toutes les ressources nécessaires à la production de matériel de promotion. Le ministère a aussi financé et appuyé, conjointement avec le groupe Planned Parenthood Nova Scotia, un travail de recherche visant à analyser les services et les besoins éducatifs en matière de santé sexuelle pour les jeunes de la province.⁷⁹ Enfin, le ministère participe à la table ronde sur la santé sexuelle chez les jeunes de la Nouvelle-Écosse (Nova Scotia Round Table on Youth Sexual Health), un groupe à base élargie formé de partenaires communautaires et gouvernementaux qui a défini son propre mandat, c'est-à-dire de collaborer à la promotion et à la protec-

tion de la santé sexuelle chez les jeunes de la Nouvelle-Écosse. La table ronde participe à plusieurs projets prometteurs, y compris des initiatives répertoriant les effets des interventions actuellement en cours dans la province.

De tous les organismes dont le mandat porte principalement sur la santé sexuelle des adolescents, la Fédération pour le planning des naissances du Canada (FPNC) et ses membres affiliés sont peut-être les intervenants les plus visibles et actifs partout au pays. Près de 40 % des clients de la FPNC ont moins de 19 ans.⁸⁰ Le counselling en matière de contraception et de grossesses non désirées et la distribution de contraceptifs comptent parmi les services offerts, bien que ceux-ci diffèrent selon la région du pays. En Nouvelle-Écosse, ils sont offerts à Amherst, Bridgewater, Halifax, New Glasgow et Sydney, mais on ne trouve des services cliniques complets qu'à Halifax. Ces limitations créent des problèmes d'accès et le financement du fonctionnement n'est pas optimal, bien que la Nouvelle-Écosse est l'une des rares provinces où les activités de Planned Parenthood sont financées en grande partie par le gouvernement.

Les activités des centres jeunesse et de Planned Parenthood n'étant pas offertes dans plusieurs communautés, de nombreux adolescents doivent avoir recours au système médical pour répondre à leurs besoins en matière de santé sexuelle. Ce système « d'aide traditionnelle » offre théoriquement un accès à un large éventail de services, y compris la contraception, le dépistage et le traitement de MTS, les services prénatals et les avortements thérapeutiques.⁸¹ Cette facette du système comporte certains problèmes, dont la capacité restreinte d'atteindre les jeunes et de les aider en raison des lacunes sur le plan de la formation professionnelle,^{82, 83, 84} le manque d'intérêt proactif en ce qui a trait à la santé sexuelle des adolescents,⁸⁵ les limites des services offerts aux jeunes⁸⁶ et la perception des adolescents quant au manque de respect et de confidentialité de la part des praticiens.⁷⁹ Selon une vaste étude menée en Nouvelle-Écosse auprès des étudiants fréquentant une importante école secondaire, seulement 9 % des garçons et 39 % des filles qui avaient un médecin de famille avaient discuté avec celui-ci du fait qu'ils étaient actifs sexuellement. Les étudiants sexuellement actifs des deux sexes avaient plus tendance à discuter avec leur médecin de ce fait, bien que 16 % des garçons sexuellement actifs et 56 % des filles sexuellement actives l'avaient fait.⁸⁷ Dans cette étude, la plupart des filles (93 %) qui étaient sexuellement actives et qui avaient discuté de cette question avec leur médecin de famille avaient abordé la question des contraceptifs oraux; d'autres études effectuées en Nouvelle-Écosse indiquent toutefois qu'il est parfois difficile d'accéder à des moyens contraceptifs.⁸⁸

Les politiques et les programmes en matière d'éducation sexuelle

La connaissance constitue une composante essentielle (bien qu'insuffisante en elle-même) dans la démarche qui mène les adolescents à entreprendre des actions pour protéger leur santé sexuelle; le système d'éducation joue un rôle vital dans la diffusion de cette connaissance. Comme c'est le cas pour la santé, l'éducation relève de compétences provinciales, bien qu'ici, le gouvernement fédéral fournit aussi des directives. Par exemple, le document *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, élaboré par Santé et Bien-Être Canada en 1994, a proposé un cadre de travail qui soutient des principes généraux visant à mettre sur pied et appliquer un programme d'éducation en matière de santé

sexuelle. Le document met l'accent sur le fait que les écoles jouent un rôle essentiel en matière d'éducation sexuelle et doivent être considérées comme des véhicules de premier ordre pour permettre l'accès à des programmes de santé sexuelle efficaces.⁶⁹ Puisque l'influence du fédéral sur les politiques est limitée, l'accent est mis sur la discussion concernant les politiques d'éducation en matière de santé sexuelle en Nouvelle-Écosse.

Dans son document *Goals of Public Education* (Les objectifs de l'éducation publique), le ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Écosse indique que le programme des écoles publiques « fournit des occasions de stimuler chez l'étudiant un développement qui le rendra capable d'apprendre de façon autonome tout au long de sa vie et de prendre en main sa propre santé et son mode de vie ». Le document met l'accent sur le rôle que joue le contexte d'apprentissage dans l'acquisition des connaissances, des habiletés et des attitudes qui permettront à l'étudiant de mener une vie saine, ce qui comprend une sexualité saine.⁸⁹

La mise en place du cadre de travail intitulé *Foundation for Active Healthy Living: Physical and Health Education Curriculum* (Fondements pour une vie saine et active : programme d'éducation physique et d'éducation à la santé),⁹⁰ qui élabore la portée générale de l'éducation physique et l'éducation à la santé en Nouvelle-Écosse, a démarré en 1998 avec un programme d'éducation physique destiné aux élèves de la 1^{re} à 6^e années du niveau primaire; en 1999, il a été étendu aux 7^e à 11^e années du secondaire. En dépit du fait que les commissions scolaires, les écoles, les enseignants, les étudiants, les parents et les chercheurs ont révisé en profondeur ce cadre de travail, il faut noter que ce document aborde rarement la question de la sexualité, signe d'une possible réticence à traiter d'un sujet délicat mais fondamental.⁹¹ Pour répondre aux compressions budgétaires, l'échéancier concernant l'élaboration et la mise en place des différents programmes, y compris celui de l'éducation à la santé, a été changé. Les initiatives en matière d'éducation à la santé ont été gelées en 2000–2001; par conséquent, on a remis à plus tard la validation, l'évaluation et la mise sur pied des programmes d'éducation à la santé destinés aux élèves du secondaire, de même que le programme Personal Development and Relationships (PDR) (Programme sur le développement personnel et les relations), destiné aux élèves du secondaire.⁹²

On aborde certains aspects de la santé sexuelle à partir du niveau primaire en Nouvelle-Écosse, sur la base du guide d'enseignement *Health: A Program Promoting Active Healthy Lifestyles* (La santé : un programme promouvant des modes de vie actifs et sains).⁹³ Les règles concernant la sécurité personnelle, y compris l'abus sexuel, sont traitées au primaire et renforcées au secondaire. Des discussions portant sur les « parties intimes » et leur vrais noms sont aussi amorcées au primaire. Au-delà de ces sujets, l'abus sexuel est la seule question en matière de santé sexuelle qui est traitée dans les classes du primaire de la 1^{re} à la 3^e année.

La reproduction, les différences entre les systèmes de reproduction chez les hommes et les femmes et la fertilisation qui résulte des rapports sexuels font l'objet de discussion en 4^e année du cours primaire. Des discussions sur le sida ont aussi lieu à ce niveau, sous le thème des maladies transmissibles. Les enseignants reçoivent une consigne leur permettant de discuter du sida avec les enfants, puisque ceux-ci « pourraient soulever des questions » sur cette maladie transmissible. Il n'est pas suggéré aux enseignants d'introduire ce sujet en tant

qu'expérience éducative. La 5^e année du primaire est le niveau où le sujet des changements physiques, sociaux et émotifs vécus au cours de l'adolescence est abordé pour la première fois. La production de sperme, la croissance des organes sexuels, le développement des seins, les menstruations et le concept d'une sexualité saine (ce dernier point étant toutefois intégré à une image saine du corps) figurent parmi ces sujets. En 5^e année, la discussion portant sur la question du VIH en tant que maladie transmissible est suggérée en tant qu'expérience éducative, et les enseignants reçoivent la consigne de « ne pas éviter » les discussions portant sur le sida en raison de l'intérêt naturel que peut susciter ce sujet chez les élèves. En 6^e année, les sentiments envers le sexe opposé et la curiosité concernant les questions sexuelles inciteront les enseignants à discuter avec les élèves des changements pertinents à l'adolescence. Les MTS, en plus du VIH, font l'objet de discussions pour la première fois en 6^e année du cours primaire. Des discussions sur la transmission du VIH sont suggérées en tant qu'échantillon de l'expérience d'apprentissage, mais les mots « condom » et « prévention » n'apparaissent pas à ce stade, ni dans d'autres parties du document. Par contre, on suggère d'utiliser la vidéo « Aids and Youth » de la Fédération canadienne des associations foyer-école. Le sujet de la contraception n'est jamais abordé.

De tous les sujets concernant la santé sexuelle, l'abus sexuel est celui qui fait l'objet du traitement le plus étendu dans le document. On recommande d'enseigner les concepts portant sur la sécurité personnelle en début de chaque année scolaire et à tous les niveaux. Le guide contient une longue introduction sur cette question à l'intention des enseignants; plusieurs pages traitent du sujet en fonction de chaque niveau jusqu'à la 6^e année du cours primaire. Il est intéressant de noter que les « concepts clés » destinés à transmettre aux élèves de l'information sur l'abus sexuel sont exactement les mêmes pour tous les niveaux du primaire. Mis à part cette question et les sujets évoqués précédemment, sur lesquels les enseignants reçoivent très peu de consignes, la santé sexuelle est traitée de façon habituelle. Une nouvelle ébauche du guide semble toutefois se pencher sur certaines de ces lacunes.⁹²

La toute dernière ébauche du guide qui accompagne le programme sur le développement personnel et les relations (PDR) (7^e à 9^e années du cours secondaire),⁹⁴ dont on a remis à plus tard la mise en œuvre, possède un contenu plus spécifique sur la santé sexuelle. Puisqu'elle est malgré tout utilisée actuellement par des enseignants du PDR dans certaines écoles, cette ébauche est examinée dans le présent document. Le guide suit assez fidèlement une série d'énoncés qui ont été ébauchés dernièrement et qui portent sur les résultats du ministère en matière d'éducation.⁹⁵ La première référence à la sexualité est contenue dans la section « My Body, My Self » (Mon corps, mon être) à l'intention des étudiants de la 7^e année, dans laquelle on leur demande de partager les attitudes à la maison concernant la sexualité des adolescents. Les questions de sécurité (abus sexuel/harcèlement) sont présentées dans cette section. À la section « Life-style Choices » (Les choix de modes de vie), l'accent est mis sur les drogues et l'alcool, mais rien n'est dit sur les attitudes concernant les comportements à risque.²⁷

En 8^e année, à la section « My Body, My Self », plusieurs questions traitent de l'influence du contexte social sur les décisions concernant la sexualité, y compris l'influence qu'exercent les médias et les pairs. À ce stade, la question de

l'orientation sexuelle est abordée; des suggestions utiles sont faites à l'intention des enseignants, y compris l'évaluation des besoins et des boîtes à questions permettant aux étudiants de s'informer de façon anonyme. La prévention des MTS figure également au programme de la 8^e année, le guide stipulant que « les étudiants devront cerner et mettre en pratique des stratégies portant sur la prévention des maladies transmises sexuellement (et du VIH). Aucune référence n'est faite à la chlamydia, un sujet méconnu chez les étudiants de la Nouvelle-Écosse.⁹⁶ La question des condoms n'est pas abordée non plus, bien que les ressources suggérées aux enseignants semblent pertinentes. À la section intitulée « Lifestyle Choices », les étudiants discutent des risques inhérents à l'activité sexuelle et des choix et conséquences qu'entraîne la grossesse chez les adolescentes. Ils traitent aussi de l'identité sexuelle et des questions liées à l'estime de soi et aux décisions en matière de la sexualité. La question de la contraception n'est pas abordée, ni celle de la prévention de la grossesse. Cette section met l'accent sur les risques liés à l'usage des drogues, de l'alcool et des jeux de hasard; une fois de plus, aucun lien n'est fait avec les comportements sexuels à risque.

C'est en 9^e année du cours secondaire, à la section « My Body, My Self », que les étudiants reçoivent pour la première fois, semble-t-il, de l'information sur la contraception, en dépit du fait que jusqu'à 30 % d'entre eux ont déjà eu une relation sexuelle.^{25, 27, 28} La contraception post-coïtale n'est pas abordée, même si les adolescentes de la Nouvelle-Écosse demeurent peu informées sur ce sujet important.⁹⁷ Le déroulement d'une grossesse normale et les facteurs influant sur la santé des femmes enceintes et du fœtus sont présentées. De l'information sur la prévention des maladies figure également à cette section, bien qu'aucune référence aux MTS ne soit faite. On y traite aussi de harcèlement sexuel et de viol commis dans le contexte des fréquentations. La section « Prendre des risques », rédigée à l'intention des étudiants de 9^e année, se limite aussi beaucoup à la question des drogues et de l'alcool, ainsi que du jeu compulsif, et le mot « sida » n'apparaît qu'une seule fois en rapport à l'usage des drogues.

En résumé, le contenu du programme PDR, malgré le fait qu'il tente de traiter de plusieurs facettes importantes de la santé sexuelle, comporte souvent des lacunes quant il s'agit de fournir des renseignements spécifiques, notamment en ce qui concerne le recours au condom et à la contraception. La question de la contraception, qui n'inclut pas la contraception post-coïtale, est abordée beaucoup trop tard, de nombreux adolescents ayant déjà eu des relations sexuelles à ce stade. Les effets des substances sur les comportements sexuels constituent un sujet qui, de toute évidence, n'est pas abordé. Les données à cet effet indiquent qu'il faut mettre l'accent sur les moyens d'atteindre ces objectifs si l'on souhaite atteindre des résultats spécifiques.⁹⁹ Ce programme devra fournir davantage de soutien aux étudiants pour y arriver, en sacrifiant peut-être d'autres thèmes plus périphériques.

Il existe aussi des preuves montantes que le programme PDR serait peu efficace et qu'il ne susciterait pas la participation; les questions de contenu soulevées ci-dessus et d'autres facteurs importants seraient partiellement en cause. Des étudiantes de l'école Amherst Regional High School ont été interviewées sur les obstacles susceptibles de nuire à une éducation efficace en matière de santé sexuelle; elles ont indiqué que l'application du programme posait des problèmes

systématiques, notamment du fait que son contenu était répétitif et ennuyeux, qu'il évitait de traiter de sujets spécifiques, qu'il contenait des contradictions en rapport aux enseignements reçus dans le milieu familial et religieux, qu'il manquait de pertinence et qu'il ne bénéficiait d'aucune crédibilité au sein des écoles. Ce dernier élément est perçu comme un grave problème – les étudiants sentaient que le programme PDR ne constituait pas une priorité, que l'enseignement du PDR était relégué aux enseignants novices et à ceux qui ne voulaient pas de cette affectation, et que les personnes qui l'enseignaient détenaient rarement des compétences dans ce domaine précis. Les participants faisaient toujours référence aux enseignants du PDR en fonction des autres sujets (p. ex. le professeur d'anglais, le conseiller pédagogique, etc.) et non pas d'abord en tant que professeur du PDR. Ce constat confirme le fait que les étudiants n'accordent aucune légitimité au rôle d'enseignant du PDR.⁸⁵ Ces mêmes difficultés ont été relevées dans le cadre d'une recherche provinciale menée par le groupe Planned Parenthood Nova Scotia et le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, un fait qui indique que ces questions touchent de nombreuses régions de la province.⁷⁹

Les enseignants de la Nouvelle-Écosse ont souligné l'absence de collaboration de la part des écoles en matière d'éducation sexuelle. En témoigne le fait que d'une année à l'autre, le PDR n'était jamais livré par la même personne, que les écoles ne fournissaient pas de ressources pédagogiques ni de services internes, qu'elles affectaient des enseignants qui ne détenaient pas les compétences nécessaires pour livrer le programme, et qu'elles utilisaient les heures attribuées au PDR pour mener des activités et des événements parascolaires difficilement intégrables à l'horaire.⁹⁸ D'autres conclusions semblables ont été notées dans d'autres régions. Par exemple, une étude menée au Texas par Jacobs⁹⁹ auprès de 205 éducateurs sanitaires a démontré que moins de 50 % des personnes qui enseignaient l'éducation sexuelle détenaient des baccalauréats dans le domaine et que 10 % d'entre elles n'avaient aucun antécédent dans le domaine de la santé.

Pour terminer cette analyse, le programme d'un demi-crédit intitulé Career and Life Management (Gestion de carrière et de vie),¹⁰⁰ offert habituellement en 11^e année, contient un volet obligatoire sur la santé sexuelle, couvrant les MTS et le sida, même si ces éléments ne sont pas cernés dans les évaluations des besoins étudiants comme des apprentissages prioritaires. Le cours suggère de nombreuses activités d'apprentissage axées sur l'étudiant qui sont destinées à développer chez celui-ci une compréhension de renseignements exacts sur les MTS et le sida et la capacité de prendre des décisions en ce qui a trait à ses comportements. Des discussions sur certains aspects précis des MTS, y compris la chlamydia, les comportements à risque (comprenant des actes sexuels spécifiques) et la contraception (dont l'utilisation des condoms) figurent parmi les leçons types. Bref, ce programme semble contenir les aspects spécifiques manquant au PDR, bien qu'il soit présenté au stade où, selon les données, environ 50 % des étudiants ont déjà eu des relations sexuelles.^{25, 27, 28}

L'évaluation des programmes d'éducation sexuelle dans la province doit tenir compte du fait que l'aisance avec laquelle l'enseignant aborde la matière a une influence sur la réaction des étudiants et sur l'environnement qui prédomine au sein de la classe;¹⁰¹ une fois qu'on aura pris conscience de ce facteur, il faudra aussi chercher à savoir si l'éducation en matière de santé sexuelle est efficace. Les

perceptions des jeunes Néo-Écossais, en ce qui concerne l'absence de crédibilité et de valeur attribuée à l'éducation sexuelle en milieu scolaire^{79, 85}, constituent un obstacle majeur entravant la création d'un climat au sein duquel les jeunes sentent qu'ils ont le pouvoir d'adopter des comportements sains. Selon l'approche socioécologique, le milieu dans son ensemble contribue au développement de comportements à l'égard de la santé; les efforts pour promouvoir le bien-être doivent donc être fondés sur une compréhension des interactions entre divers facteurs environnementaux et personnels. La force de cette approche réside dans l'intégration des stratégies de transformation de l'environnement social et des comportements dans un cadre élargi.^{60, 61} Cette notion se traduit en termes simples : les individus qui ne se sentent pas appuyés dans leurs comportements par leur environnement social, y compris le milieu scolaire, seront moins portés à intégrer ceux-ci. Les réserves exprimées par les jeunes femmes d'Amherst et par les jeunes de toute la province indiquent que le ministère de l'Éducation n'atteindra probablement pas son objectif, c'est-à-dire d'amener les jeunes à « être responsable de leur propre santé et de leur mode de vie », du moins en ce qui a trait à la santé sexuelle, sans procéder à une réflexion majeure sur l'éducation en matière de santé sexuelle et sur les valeurs qui y sont associées.

Qu'est-ce qui rend si difficile l'élaboration et l'instauration d'un programme efficace en matière d'éducation sexuelle? Selon MacKay,¹⁰² les approches en la matière sont souvent influencées par le conflit entre idéologies « restrictives » et « permissives » qui non seulement oppose des groupes aux opinions divergentes, mais touche les individus eux-mêmes. Ce profond tiraillement peut miner la volonté politique et individuelle d'offrir aux étudiants des expériences éducatives significatives. L'existence même du programme d'éducation en matière de santé sexuelle démontre que le pendule oscille d'une position à l'autre.¹⁰³ Toutefois, les opinions exprimées par les jeunes Néo-Écossais, à savoir que le soutien offert dans le cadre du programme est insuffisant, que le contenu est inefficace et que les enseignants n'ont pas reçu de formation officielle, découlent peut-être de telles valeurs conflictuelles. Les personnes désireuses de servir la population adolescente doivent aider les jeunes à surmonter les obstacles qui surgiront au cours de cet apprentissage fondamental, durant cette période essentielle de leur vie.

Les options concernant des services et d'éducation dans le domaine de la santé sexuelle chez les adolescents

Les raisons justifiant la nécessité d'entreprendre des actions pour promouvoir la santé sexuelle des adolescents en Nouvelle-Écosse sont claires. Le taux élevé de grossesses est inacceptable, notamment en comparaison avec les autres pays développés. Les adolescentes constituent la population la plus touchée par les maladies transmises sexuellement. Ces deux états de fait entraînent d'énormes conséquences pour la santé et le bien-être tant des jeunes femmes que des jeunes hommes, ainsi que de leur communauté, qui subit ainsi une perte très réelle de potentiel humain. L'approche actuelle du secteur de la santé face à ces questions est plus qu'inadéquate, car les adolescents éprouvent d'importantes difficultés lorsqu'ils ont recours au système médical traditionnel. Les politiques d'éducation témoignent de bonnes intentions et constituent certainement une amélioration

comparativement à celles des années précédentes. *Toutefois, pour de nombreux adolescents, les mesures qu'elles préconisent ne sont pas suffisantes et sont appliquées trop tardivement.* Les points qui suivent s'appuient sur la position selon laquelle l'approche actuelle est inadéquate. Cette position étant adoptée, il existe plusieurs voies pour assurer la santé sexuelle des adolescents. Ces possibilités sont présentées ci-dessous, ainsi que les avantages et les désavantages qu'elles comportent. Aucune de ces directions ne constitue une solution parfaite, mais si on les étudie à la lumière des changements à apporter, il devient alors possible d'analyser les améliorations découlant de chaque scénario en fonction d'un continuum.

Maintenir le statu quo

De toute évidence, l'une des options qui pourraient être exercée est le maintien de la situation actuelle, en s'appuyant principalement sur le système de médecine familiale, avec la participation de Planned Parenthood, de la Santé publique, du système de centres de santé jeunesse non coordonné, chacun offrant un ensemble unique de services selon son mandat particulier, et d'un système d'éducation qui ne se penche pas sur les questions de santé sexuelle de façon adéquate.

Avantages :

(a) *Limite les coûts.* La Nouvelle-Écosse investit une part importante de ses ressources dans les soins de santé. Le budget de la province en matière de soins de santé a augmenté de près de 38 % au cours des années 1996-1997 à 1999-2000, mais il a été réduit de façon importante pour 2000-2001. En 2000-2001, les dépenses dans le domaine de la santé représentera ont près de 33,2 % des dépenses nettes.¹⁰⁴ Le gouvernement a peu de marge de manœuvre en ce qui a trait aux dépenses discrétionnaires; opter pour le statu quo ne mettrait (évidemment) aucune pression supplémentaire sur des ressources peu abondantes.

(b) *Minimise les risques politiques.* En raison des forts courants d'opinion qui pourraient être suscités dans certains milieux par des discussions concernant la santé sexuelle des adolescents, changer le statu quo pourrait constituer un danger politique. Malgré la position des parents d'une communauté néo-écossaise qui appuient fortement la nécessité de dispenser une éducation en matière de santé sexuelle à leurs enfants,¹⁰⁵ toute action concertée et visible visant à protéger et à promouvoir la santé sexuelle chez les adolescents peut comporter un élément de risque politique réel.¹⁰⁶ S'opposant à une telle position, certains milieux, pour la plupart des individus ou des organismes locaux, réclament vigoureusement un plus grand accès aux services de santé pour les jeunes par le biais, surtout, de centres de santé jeunesse établis dans les écoles. Les jeunes, quant à eux, ont peu voix au chapitre, sinon aucune. Ils n'ont pas d'expérience, ils ne connaissent pas le système, ils n'ont aucun pouvoir financier direct; qui plus est, ils sont à l'âge où ils auraient le plus besoin d'aide mais ils n'ont pas le droit de vote. L'option de maintenir le statu quo n'entraîne donc probablement aucun risque politique.

Désavantages :

(a) Réduit les améliorations qui peuvent être apportées à court terme. Les résultats négatifs observés chez les adolescents présentent des problèmes urgents qui causent un tort réel aux individus atteints. Toutefois, des tendances positives ont été relevées depuis 1970; la chlamydia et autres MTS ont été signalées en moins grand nombre au cours des dernières années. Il ne fait aucun doute qu'avec des changements graduels dans la formation des professionnels de la santé, des discussions plus ouvertes sur la sexualité des adolescents dans les médias et les progrès en matière d'éducation sexuelle, ces améliorations se poursuivront, mais à un rythme lent. Une décision qui favorise une politique de non-concertation signifie que des questions importantes concernant la santé sont laissées à la vicissitude d'un système dont les efforts sont actuellement loin d'être efficaces. La décision de maintenir le statu quo comporte des conséquences néfastes sur la santé, des conséquences qui pourraient être évitées mais qui perdureront.

Des modifications au système actuel, en conservant la structure fondamentale de celui-ci

Un système est déjà en place pour dispenser des services et une éducation en matière de santé sexuelle. Toutefois, ce système présente des difficultés et suscite certaines préoccupations. Plusieurs adolescents éprouvent de la méfiance envers les médecins sur le plan de la santé sexuelle. Les cliniques en milieu scolaire et les cliniques autonomes dotées d'un personnel infirmier, qui fonctionnent selon un système d'aiguillage vers des médecins, sont appréciées par les jeunes, mais elles ne font pas l'objet d'une normalisation et sont rarement évaluées. La plupart n'offrent pas « tous les services », dont le dépistage de MTS, le test de Papanicolaou et les ordonnances, qui exigent la présence d'un médecin. L'accès peut aussi constituer un problème, puisque ces centres ne sont pas répartis dans la province de façon uniforme. L'organisme Planned Parenthood Nova Scotia n'est présent que dans quelques communautés et n'a, la plupart du temps, que très peu d'effectifs. L'éducation en santé sexuelle comporte de nombreuses lacunes, dont l'une des plus importantes est le peu de valeur que lui accorde le système et la perception que détiennent les adolescents quant à la situation. Le système actuel pourrait-il être modifié et amélioré? La réponse, de toute évidence, est affirmative. Une telle démarche comporterait plusieurs volets, y compris :

- une réorientation de la formation et de la pratique médicales, qui présenteraient la promotion et la protection de la santé sexuelle des adolescents comme l'une des tâches importantes que doivent accomplir les médecins en soins primaires;
- l'assurance que les centres de santé jeunesse actuels incluent dans leur mandat un volet santé sexuelle et que ces centres soit évalués de façon adéquate;
- l'intensification du rôle d'organismes tel Planned Parenthood Nova Scotia, avec une évaluation des résultats; et
- la modification du programme d'éducation sexuelle pour en accroître la pertinence, en ce qui a trait au contenu et à l'âge des étudiants, et l'efficacité, quant à la prévention de grossesses chez les adolescentes et des MTS.

Avantages :

(a) *Travail avec des groupes établis.* Chaque organisme œuvrant dans le cadre du système actuel possède de l'expérience en prestation de services et en matière d'éducation sexuelle auprès des adolescents. Ces organismes bénéficient d'un soutien à l'échelle provinciale, nationale et parfois internationale, et souvent, ils obtiennent également l'appui du milieu universitaire. Ces groupes assureraient toujours la prestation des services, ce qui éviterait une confusion quant aux rôles et feraient en sorte que les adolescents auraient encore accès à un système familial.

(b) *Effectue des changements à des coûts modestes.* Une telle restructuration du système peut être réalisée à moindre frais pour la plupart des services, à l'exception peut-être des coûts liés à l'expansion de l'organisme Planned Parenthood, qui nécessiterait des fonds supplémentaires pour la plupart de ses membres provinciaux et pour l'évaluation de son travail. Les centres de santé jeunesse nécessiteraient aussi des fonds à des fins d'évaluation.

Désavantages :

(a) *Un échéancier trop long.* Une telle restructuration n'apporterait des résultats marquants qu'au bout d'une très longue période. Par exemple, une formation peu appréciée en santé sexuelle des adolescents semblent être dispensée à l'heure actuelle dans les écoles de médecine canadiennes.^{82, 83, 84, 103} Transformer le milieu de l'éducation médicale, pour qu'on reconnaisse le besoin d'intégrer une formation adéquate en matière de santé sexuelle, peut nécessiter beaucoup de temps; en outre, l'approche actuelle des médecins pratiquants pourrait être difficile à changer à court terme.¹⁰⁷ Toutefois, d'autres organismes de santé davantage orientés vers la prestation de services en santé sexuelle sont en mesure d'intégrer les changements plus rapidement. Dispenser une nouvelle formation aux enseignants en santé sexuelle et restructurer le PDR et les autres programmes de même nature exigera un investissement en temps beaucoup moins important que la transformation des services de santé.

(b) *Des changements insuffisants pour produire des résultats optimaux.* Si on considère que les préoccupations des adolescents concernant les services et l'éducation sexuelle sont des questions importantes, alors le « réglage minutieux » du système actuel ne suffira peut-être pas. Certaines questions liées à la prestation des services, portant sur la confiance, la sécurité, la pertinence et les qualités inclusives des services pour adolescents, doivent être traitées de manière à ce que les obstacles vécus par les jeunes soient réduits de façon importante. De plus, une simple restructuration du système actuel d'éducation en santé sexuelle ne suffira pas à transformer les valeurs et les signaux négatifs qui sont transmis aux jeunes alors que ces valeurs mêmes n'appuient pas l'existence d'un programme d'éducation adapté à leurs besoins.

(c) *Les services ne sont pas uniformément disponibles et ne sont pas normalisés.* Étant donné les différentes orientations et structures de fonctionnement des centres de santé jeunesse, et le fait qu'ils ne sont présents que dans un petit nombre de communautés, les centres ne sont pas en mesure d'atteindre et aider un grand nombre de jeunes. Les mandats touchant les services constituent aussi une considération importante; le risque de minimiser les bénéfices est plus élevé

lorsque ces services ne sont pas inclusifs et ne sont pas tenus de répondre à des normes minimales. Ceci pourrait se produire, par exemple, dans les cas de centres mal intégrés au système de soins primaires, ce qui pourrait donner lieu à une situation où, en raison de l'absence d'intégration, les jeunes ne bénéficieraient pas de services complets en santé sexuelle et génésique.

Une restructuration des services et de l'éducation en matière de santé sexuelle

Il est peut-être temps de venir de repenser complètement la façon de dispenser les services et l'éducation en matière d'éducation sexuelle des adolescents dans la province. Les systèmes actuellement en place ne sont pas optimaux; à moins d'instaurer une toute autre nouvelle façon de faire, il est peu probable que des changements significatifs se produisent dans un proche avenir. Une telle réorganisation, si elle intègre l'orientation à volets multiples requise, comporterait cinq actions majeures :

- mobiliser le soutien de la communauté par le biais des mass-médias et de campagnes visant à sensibiliser le public aux questions de santé sexuelle des adolescents; consulter davantage la communauté et favoriser sa participation ;
- créer des liens entre les interlocuteurs œuvrant dans ce créneau de la santé pour les amener à s'entendre sur des questions, des objectifs et des modes de collaboration plus efficaces, en ayant recours à la communication, à la négociation et au partage des compétences. Cette démarche nécessitera l'embauche d'une personne à la coordination, au moins à l'échelle nationale.
- établir dans toute la province des services spécialisés de santé pour adolescents, conviviaux, inclusifs et accessibles, dont le mandat sera précis et constant, c'est-à-dire intervenir prioritairement dans le domaine de la santé sexuelle des adolescents. Cette option nécessiterait une démarche portant sur la gouvernance, la formation et les compétences du personnel, le choix du meilleur site (c.-à-d. à l'intérieur ou à l'extérieur des écoles), l'étendue et l'intégralité des services, et l'intégration au sein du système actuel de soins primaires.
- adopter un programme pertinent et efficace en matière de santé sexuelle, obligatoire pour tous les étudiants, qui tiendrait compte de l'âge et mobiliserait des effectifs adéquats, soit des enseignants motivés, bien formés et bénéficiant du soutien nécessaire;
- évaluer correctement et au moment opportun les efforts entrepris afin de pouvoir en mesurer les effets et apporter les modifications nécessaires.

La Social Exclusion Unit du R.-U.¹⁷ et certains experts aux États-Unis^{59, 108} ont révisé ces types d'intervention de manière très approfondie. Selon les conclusions tirées de leurs analyses, les composantes présentées ici sont les plus susceptibles de répondre efficacement aux questions concernant la santé sexuelle des jeunes.

Avantages :

(a) *Sensible aux besoins manifestés.* Tel que décrit dans ce document, les jeunes souhaitent voir des changements dans la façon dont les services et l'éducation en matière de santé sexuelle sont dispensés en Nouvelle-Écosse. Restructurer les services et l'éducation de façon à ce qu'ils soient mieux adaptés aux besoins exprimés par les jeunes fournirait un meilleur service.

(b) *Compatible avec la théorie.* De telles approches sont compatibles avec la perspective socioécologique et sociale, et la théorie du marketing social – selon laquelle les gens réagissent à un contexte où les comportements positifs en matière de santé sont renforcés – est davantage susceptible de produire des résultats, comparativement à un environnement qui ne fournit pas un tel appui.

(c) *L'inclusion.* En adhérant à de telles considérations théoriques, une approche à volets multiples favoriserait la participation des interlocuteurs qui sont les plus concernés par les enjeux, soit la promotion et la protection de la santé sexuelle des adolescents, y compris les jeunes et leurs parents. De solides preuves existent à l'effet que le soutien parental joue un rôle très important dans le rejet des comportements à risque chez les adolescents.¹¹⁰ Une telle approche favoriserait, une fois ce constat établi, une étroite collaboration de la part des parents et des autres interlocuteurs.

(d) *L'équité.* Dans la conjoncture actuelle, certains adolescents ont accès aux services de santé pour jeunes mais nombreux sont ceux qui n'en bénéficient pas. Certains groupes communautaires ont effectué auprès du gouvernement des demandes de financement pour mettre en place de tels services et trouvent inacceptable que certains jeunes puissent s'en prévaloir et d'autres pas; les besoins de ces derniers sont pourtant tout aussi grands. Il s'agit clairement d'une question d'équité. Une étude plus approfondie des questions concernant l'accès des jeunes aux services de santé jeunesse constituerait un pas majeur dans la bonne direction.

(e) *Des liens pertinents avec le système de soins primaires.* Un tel système, s'il est mis en place de façon adéquate, se prêterait bien à un système de soins primaires restructuré. Des recherches récentes dans le domaine des soins primaires administrés dans la province indiquent un intérêt pour ce type de restructuration; une approche à volets multiples s'avère très compatible avec cette orientation.

Désavantages :

(a) *Les coûts.* La réorganisation du système entraînerait des coûts importants. Les écoles secondaires et les écoles secondaires de premier cycle sont nombreuses dans la province; la mise sur pied de services pour chacune d'elles sera coûteuse. Ces frais seraient couverts dans la mesure où des effectifs infirmiers compétents ou formés, déjà employés par le ministère de la Santé, pourraient prendre en main une part de la charge de travail. Il faut tenir compte du fait que les services de santé en milieu scolaire gèrent de nombreuses autres questions et que les interactions avec le système des soins primaires *s'intensifieront*, au fur et à mesure que les adolescents exprimeront des besoins qu'on tentera de satisfaire par un processus d'aiguillage et de consultation adéquat.

Les coûts inhérents à la coordination communautaire seraient également importants puisqu'une telle démarche exigerait au minimum la présence, dans les comtés, de travailleurs communautaires possédant une formation très poussée. Planned Parenthood Nova Scotia est peut-être l'organisme qui est le mieux placé pour faciliter la coordination des ressources mais, comme nous l'avons mentionné, cette organisation se trouve dans une position financière très précaire et aurait besoin d'un soutien financier accru. Les coûts de la restructuration de l'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire ne seraient pas aussi élevés mais ils resteraient quand même importants dans la mesure où les instances en place opéreraient pour des changements réels.

Il faut aussi tenir compte des coûts liés à l'évaluation. L'expérience de la ville d'Amherst et les documents qui s'y rapportent soutiennent l'approche de la « restructuration ». Toutefois, il n'existe aucune garantie de réussite. Une évaluation rigoureuse, fondée sur les objectifs, les apports et la surveillance des programmes, ainsi que sur les systèmes et l'analyse de données pertinentes, sera nécessaire.

Comme nous l'avons mentionné, ces coûts peuvent être perçus comme des désavantages. Si l'on tient compte cependant des coûts économiques et sociaux associés aux conséquences négatives dont nous avons traité, l'argent dépensé pourrait bien être considéré plutôt comme un investissement dans l'avenir.

(b) *Des questions d'ordre professionnel.* Les médecins seront appelés à jouer un rôle important dans le cadre de cette restructuration, puisque les services en milieu scolaire ou communautaire devront être en mesure d'aiguiller la clientèle vers les services qui ne relèvent pas de leurs compétences ou de leur mandat. Les principaux défis qui se présentent dans le cadre de la restructuration des services de santé pour adolescents sont liés à la volonté des médecins de travailler en collaboration avec ces services. La continuité des soins constitue une valeur majeure de la pratique familiale; la communication entre les services de santé jeunesse et les médecins de premier recours sera une préoccupation de la plus grande importance. Le défi que représente la prise en charge générale et continue des soins aux patients constitue peut-être l'une des questions qui nécessite le plus d'attention.¹¹¹ D'autres questions telles que la délégation des tâches médicales ont été réglées par les organismes concernés,¹¹² bien cela se soit accompli dans d'autres circonstances; elles nécessiteront au minimum une démarche de réinterprétation.

(c) *L'emplacement et l'accès.* Des décisions concernant le choix des lieux où seront dispensés les services soulèveront la question de l'accès, ce qui pourra désavantager certains selon les choix qui seront faits. Bien que les services internes offerts dans les écoles puissent servir de nombreux jeunes, ils ne seraient pas vraiment en mesure de toucher les jeunes qui ne sont plus aux études et dont les besoins pourraient être encore plus grands. Selon les évaluations, environ 10 000 jeunes Néo-Écossais âgés de dix à dix-huit ans devraient fréquenter l'école mais ne le font pas pour différentes raisons.¹¹³ À moins que des efforts ne soient entrepris pour joindre ces jeunes par le biais des services de santé jeunesse, cette clientèle restera à l'écart.

Conclusion

Nous avons fait état dans ce document de la problématique qui sous-tend la situation actuelle en matière de santé sexuelle des adolescents, en mettant l'accent sur les questions liées à la santé sexuelle des jeunes femmes. Nous avons abordé des thèmes très précis et analysé les résultats ayant trait principalement à la santé physique, tout en reconnaissant l'importance très réelle des autres questions. Nous avons exposé des lacunes en ce qui a trait aux résultats, en soulignant notamment l'écart entre ce qui est *réalisé* et ce qui *pourrait être accompli*; le fossé à combler est particulièrement grand en ce qui a trait au problème de la grossesse chez les adolescentes.

Cette analyse a démontré qu'il existe peu de politiques officielles en matière de santé qui ont été élaborées dans le but précis de favoriser la santé sexuelle chez les adolescents, et que les services de santé comportent des faiblesses importantes. La recherche qui a été effectuée dans d'autres pays et les programmes qui y ont été adoptés, de même que les directives qui ont été diffusées à l'échelle nationale au Canada, semblent appuyer l'adoption d'un modèle à larges assises, lequel, à notre avis, s'inscrit de façon pertinente dans la perspective « écologique ». La Nouvelle-Écosse possède une certaine expérience de ce modèle et les résultats des recherches initiales sont encourageants, bien qu'il faudra davantage de temps pour juger de leur constance.

Les orientations en matière d'éducation sexuelle se sont améliorées, mais une analyse du contenu des programmes du ministère de l'Éducation révèle l'existence d'un réel décalage entre les connaissances diffusées et les comportements sexuels des étudiants : on offre souvent trop peu d'information, et trop tard. Les recherches menées dans la province indiquent aussi que les écoles ne soutiennent pas les jeunes de façon optimale lorsqu'ils cherchent des réponses à leurs questions sur cette dimension extrêmement importante de leur vie, en raison du fait que le système même n'accorde pas suffisamment d'importance à la nécessité de dispenser une éducation de qualité dans le domaine de la santé sexuelle.

En dernier lieu, plusieurs options ont été présentés, du maintien du statu quo jusqu'à la réorganisation complète du système d'éducation et des services en santé sexuelle, en précisant les avantages et les désavantages offerts par chaque option. Les données présentées dans le cadre de cette analyse appuient clairement le dernier choix, c'est-à-dire celui qui préconise une transformation majeure de la structure de prestation de l'éducation et des services. Une telle restructuration serait de nature holistique, se fondant sur la pensée socioécologique; elle serait axée sur les besoins, centrée sur les jeunes et mettrait l'accent sur les résultats. Même si elle nécessite une véritable transformation des moyens à mettre en œuvre pour réussir à mieux atteindre les adolescents et à les aider en ce qui a trait à cet aspect très important de leur vie, cette option est nettement la plus prometteuse.

Remerciements

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance envers le Centre d'excellence pour la santé des femmes, région des Maritimes, pour l'appui qu'il a fourni dans le cadre de ce travail. Des remerciements sont notamment adressés au D^r Jean Shoveller de l'Université de la Colombie-Britannique, Hope Beanlands, Eileen Woodford et Diane Vaughn du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, Anne Blackwood du ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Écosse, Ruth Patriquin de Cumberland County Family Planning et Karen Vance Wallace de la Planned Parenthood Metro Clinic, qui ont méticuleusement révisé la première ébauche du manuscrit. Le D^r Eleanor Maticka-Tyndale de l'Université de Windsor et les D^{rs} Michael Barrett et Alex MacKay du Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada ont généreusement partagé leurs travaux en cours sur les politiques canadiennes en matière de services en santé sexuelle. L'auteur désire également remercier les personnes qui ont pris le temps de discuter avec lui de questions liées à l'éducation et aux services en matière de santé sexuelle au Canada et en Nouvelle-Écosse, ainsi que dans d'autres pays, qui ont généreusement envoyé des documents d'appui portant sur les politiques et qui ont révisé différentes sections du manuscrit. Bien que les noms de tous les contributeurs et contributrices ne soient pas mentionnés, l'auteur désire exprimer sa gratitude envers toutes ces personnes pour les efforts déployés.

Références

1. Dryfoos, J.G. *Adolescents at risk*. New York : Oxford University Press; 1990.
2. Makinson, C. The health consequences of teenage fertility. *Fam Plan Perspect* 1985;17:132–38.
3. Tsang, R. Teenage pregnancy is preventable – a challenge to our society. *Pediatric Annals* 1993;22:133–35.
4. Giesecke, J., Scalia Tomba, G., Gothberg, M., Tull, P. Sexual behaviour related to the spread of sexually transmitted diseases – a population-based survey. *Int J STD AIDS* 1992;3:255–260.
5. Fine, M. Sexuality, schooling and adolescent females: the missing discourse of desire. *Harvard Educat Rev* 1988;58:29–53.
6. Stephenson, D. *The psychosocial context of adolescent sexual risk-taking behaviour*. Travail de baccalauréat en psychologie. Halifax, N.-É. : Mount St. Vincent University; 1997.
7. Feltey, K.M., Ainslie, J.J., Heib, A. Sexual coercion attitudes among high school students: the influence of gender and rape education. *Youth and Society* 1991;23:229–250.
8. Muehlenhard, C.C., Falcon, P.L. Men's heterosexual skill and attitudes toward women as predictors of verbal sexual coercion and forceful rape. *Sex Roles* 1990;23:241–256.
9. White, J.W., Koss, M.P. Courtship violence: incidence in a national sample of higher education students. *Violence and Victims* 1991;6:247–256.
10. Langille, D.B., Beazley, R., Delaney, M., Langille, D.J., Doncaster-Scott, H. *Report on pregnancy rates, sexual health knowledge, sexual behaviours and sources of sexual health education and information of students at Amherst Regional High School. Report prepared for the Amherst Association for Healthy Adolescent Sexuality*. Halifax, NS : Université de Dalhousie; 1997.
11. Zelnik, M., Shahm F.K. First intercourse among young Americans. *Fam Plann Perspect* 1983;15:64–70.
12. Landry, D.J., Forrest, J.D. How old are U.S. fathers? *Fam Plann Perspect* 1995;27:159–165.
13. Santé Canada. *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*. Ottawa : Santé Canada; 1998.
14. Forrest, S. Big and tough?: boys learning about sexuality and manhood. *Sexual and Relationship Therapy* 2000;15:247–262.

15. Manning, W.D., Longmore, M.A., Giordano, P.C. The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Fam Plann Perspect* 2000;32:104–110.
16. Jones, E.F., Forrest, J.D., Goldman, N., et al. Teenage pregnancy in developed countries: determinants and policy implications. *Fam Plann Perspect* 1985;17:53–63.
17. Department of Health. Social Exclusion Unit. *Teenage pregnancy*. London : The Department; 1999.
18. Neinstein, L.S., Rabinovitz, S.J., Schneir, A. Teenage pregnancy. Dans : Neinstein, L.S. (éd.). *Adolescent health care*. Baltimore, MD : Williams et Wilkins; 1996.
19. Montessoro, A.C., Blixen, C.E. Public policy and adolescent pregnancy: a reexamination of the issues. *Nurs Outlook* 1996;44:31–36.
20. Stevens-Simon, C., Lowy, R. Teenage childbearing. An adaptive strategy for the socioeconomically disadvantaged or a strategy for adapting to socioeconomic disadvantage? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:912–15.
21. L'Organisation mondiale de la Santé. *Concepts for sexual health*. EAR/IPC/MCH521. Copenhagen :WHO; 1986.
22. Goldsmith, M. *Family planning and reproductive health issues. Promoting sexual health*. London : British Medical Foundation; 1993.
23. Greenhouse, P. A definition of sexual health. *BMJ* 1995;310:1468–69.
24. King, A.J.C., Beazley, R.P., Warren, W.K., Robertson, A.S., Radford, J.L. *The Canada youth and AIDS study*. Kingston, ONT : Queen's University; 1988.
25. Beazley, R.P., King, A.J.C., Warren, W.K. *The Canada youth and AIDS study. Nova Scotia report*. Kingston, ONT : Queen's University; 1988.
26. The McCreary Centre Society. *Adolescent health survey, Province of British Columbia*. Vancouver, C.-B. : The Society; 1993.
27. Poulin, C. *Nova Scotia student drug use 1996: highlights report*. Halifax, N.-É. : ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse; 1997.
28. Langille, D.B., Beazley, R., Shoveller, J., Johnston, G. Prevalence of high risk sexual behaviour in adolescents attending school in a county in Nova Scotia. *Can J Public Health*. 1994;85:227–30.
29. Hughes, J., Langille, D., Tomblin Murphy, G. Données non publiées.
30. Yarber WL, Parrillo AV. Adolescents and sexually transmitted diseases. *J Sch Health* 1992;62:331–38.
31. Davies, H.D., Wang, E.L. *The Canadian task force on the periodic health examination. Periodic health examination, 1996 update: 2. Screening for chlamydial infections*. *CMAJ* 1996;154:1631–44.
32. Santé Canada. *Maladies transmissibles sexuellement (MTS) au Canada : Rapport de surveillance 1998 et 1999*. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. *CCDR* 2000; Volume 26S6:1–46.
33. Santé Canada. Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1999*. Site Web : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/syph_e.html (consulté le 22 octobre 2000).
34. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance en date du 30 juin 2000*. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2000.
35. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Strategic Health Services Branch. *Sexually transmitted diseases Nova Scotia, 1997*. Halifax, N.-É. : le ministère; 1998.
36. Donovan, P. Testing positive: *Sexually transmitted disease and the public response*. New York : The Alan Guttmacher Institute; 1993.
37. Langille, D.B., Shoveller, J. *Chlamydia trachomatis* infection in rural Nova Scotia. *CMAJ* 1993;149:1267–72.
38. Hughes, E.G., Mowatt, J., Spence, J.E.H. Endocervical *Chlamydia trachomatis* infection in Canadian adolescents. *CMAJ* 1989;140:297–301.
39. Ram, R., MacDonald, N., Feder, S., Giglia, L., Peeling, R., Gully, P., Toye, B., Doherty, J. Chlamydia infection in street youth: need for more aggressive screening programs. *Can J Infect Dis* 1996;7:49–52.
40. Panchoaud, C., Singh, S., Feivelson, D., Darroch, J.E. Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Fam Planning Perspect* 2000;32:24–32,45.

41. National Institutes of Health. *Consensus development statement on cervical cancer*. Bethesda, MD: NIH; 1996.
42. Laboratoire de lutte contre la maladie. *Les maladies sexuellement transmises au Canada : 1996, Rapport de surveillance*. CCDR 1999;Vol. 25S1:1–35.
43. Fraser, A.M., Brockert, J.E., Ward, R.H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Eng J Med* 1995;332:1113–17.
44. Groupe de travail fédéral, provincial et territorial sur la santé génésique des adolescents. *Rapport sur la santé génésique des adolescents*. Santé et Bien-Être Canada, Direction générale des services et de la promotion de la santé. Ottawa : le Groupe de travail; 1989.
45. Henshaw, S.K. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect* 1998;30:24–29,46.
46. Maynard, R.A. *Kids having kids: a Robin Hood Foundation special report on the costs of adolescent childbearing*. New York : The Foundation; 1996.
47. Dryburgh, H. Teenage pregnancy. *Heath Reports* 2000;12:9–19.
48. Nova Scotia Department of Health. *Teenage pregnancy rates: A process in data organization*. Halifax, N.-É. : le ministère; 1999.
49. Hardwick, D., Patychuk, D. Geographic mapping demonstrates the association between social inequality, teen births and STDs among youth. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 1999;8:77–90.
50. Singh, S., Darroch, J.E. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Fam Plann Perspect* 2000;32:14–23.
51. ONU, Division de la population. *Fertility trends among low fertility countries: background paper prepared for expert working group on below replacement fertility*. New York : la Division; 1997.
52. FNUE. *Le progrès des nations*, 1998. Site Web : <http://www.unicef.org/> (consulté le 18 juin 2000).
53. Kiernan, L. Lone motherhood, employment and outcomes for children. *Int J Family Policy and Law* 1996;3:233–49.
54. Ketting, E., Visser, A.P. Contraception in the Netherlands. The low abortion rate explained. *Patient Educ Couns* 1994;23:161–71.
55. Berne, L., Huberman, B. *European approaches to adolescent sexual behaviour and responsibility*. Washington, DC : Advocates for Youth; 1999.
56. Institute of Medicine. *The hidden epidemic: confronting sexually transmitted diseases*. Washington, DC : National Academy Press; 1997.
57. Commission royale sur les nouvelles technologies de reproduction. *Virage à prendre en douceur : Rapport final de la Commission royale sur les nouvelles technologies de reproduction*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 1993.
58. Planned Parenthood Nova Scotia. *Towards sexual and reproductive health for Nova Scotians: a proposal to the Department of Health*. Halifax, N.-É. : Planned Parenthood; 1995.
59. Kirby, D. *No easy answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC : The National Campaign to Reduce Teen Pregnancy; 1997.
60. Stokols, D. Establishing and maintaining healthy environments toward a social ecology of human health promotion. *Am Psychol* 1992;47:6–22.
61. Stokols, D. Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *Am J Health Prom* 1996;10:282–98.
62. Bandura, A. Social cognitive theory of self regulation. *Org Behav and Human Decision Process* 1991;50:248–85.
63. Adrean, A.R. *Social marketing and change: changing behaviour to promote health, social development, and the environment*. San Francisco, CA : Jossey-Bass; 1995.
64. Vincent, M.L., Clearie, A.F., Schluchter, M.D. Reducing adolescent pregnancy through school and community-based education. *JAMA* 1987;257:3382–86.
65. Koo, H.P., Dunteman, G.H., George, C., Green, Y., Vincent, M. Reducing adolescent pregnancy through a school and community-based intervention: Denmark, South Carolina revisited. *Fam Plann Perspect* 1994;26:206–11.
66. Langille, D.B., Flowerdew, G., Rigby, J.A. *Report on sexual health knowledge, attitudes and behaviours of students at Amherst Regional High School: comparisons of results, 1996–1999*. Halifax, N.-É.: Université de Dalhousie; 2000.

67. Franklin, C., Corcoran, J. Preventing adolescent pregnancy: a review of programs and practices. *Social Work* 2000;45:40–52.
68. Kirby, D., Short, L., Collins, J., et al. School-based programs to reduce sexual risk behaviours: A review of effectiveness. *Pub Health Rep* 1994;109:339–60.
69. Santé Canada. Direction générale de la Protection de la Santé. Laboratoire de lutte contre la maladie. *Lignes directrices nationale pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Ottawa : Santé Canada; 1994.
70. Santé et Bien-Être Canada, *Rapport sur la santé génésique des adolescents*, Ottawa : Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-Être Canada;1990.
71. Ministère des Finances de la Nouvelle-Écosse. *Government by design: 1995–96: progress and challenge*. Halifax, N-É. : le ministère; 1996.
72. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. *Business plan 2000–2001*. Halifax, N-É. : le ministère; 2000.
73. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. *Nova Scotia health standards*. Halifax, N-É. : le ministère; 1997.
74. Communication personnelle : Carol MacKinnon, directrice des programmes, Public Health Services, Western Health Region.
75. Women's Health Study Group. *Improving the health status of women in Nova Scotia*. Halifax, N.-É. : le Groupe d'étude; 1995.
76. Communication personnelle : Diane Vaughn, directrice, Health Enhancement and Community Development, Northern Health Region.
77. Bulley, A., Redmond-Evans, K. *Teen health report to teen health steering committee for Central Regional Health Board, Halifax Regional School Board and the IWK Grace Health Centre*. October, 1999.
78. Communication personnelle : Karen Vance-Wallace. Planned Parenthood Metro Clinic.
79. Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse. *Just loosen up and start talking*. Halifax, N.-É. : le ministère; 1996.
80. La Fédération pour le planning des naissances du Canada. *Planned Parenthood Federation of Canada affiliate survey : 1998*. Ottawa : La Fédération; 1999.
81. Maticka-Tyndale, E., McKay, A., Barrett, M. Accessibility of reproductive health care to adolescents and social support for adolescent use of contraceptive and other reproductive health services. Première ébauche d'un document préparé pour le Alan Guttmacher Institute.
82. Stamm, W.E., Kaetz, S., Holmes, K.K. Clinical training in venereology in the United States. *JAMA* 1982;248:2020–24.
83. Doherty, J., Jessamine, A.G. STD training in Canadian medical schools. *SIECCAN Newsletter* 1992;27:26–30.
84. Barrett, M., McKay, A. Training in sexual health and STD prevention in Canadian medical schools. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 1998;7:305–20.
85. Langille, D., Graham, J., Marshall, E., Blake, M., Chitty, Doncaster-Scott, H. *Developing understanding from young women's experiences in obtaining sexual health services and education in a Nova Scotia community: Lessons for educators, physicians and pharmacies*. Halifax, N.-É. : Centre d'excellence pour la santé des femmes, région des Maritimes; 1999.
86. Langille, D.B., Gailiunas, P., Mann, K. Perceptions of their adolescent pregnancy and STD prevention practices by primary care physicians in a Nova Scotia county. *Am J Prev Med* 1997;13:324–30.
87. Langille, D.B., Tomblin Murphy, G., Hughes, J., Rigby, J.A. Nova Scotia high school students' interactions with physicians for sexual health information and services. *Can J Public Health*, en impression.
88. Day, D. *Young women in Nova Scotia: a study in attitudes, behaviours and aspirations*. Halifax, N.-É. : Nova Scotia Advisory Council on the Status of Women; 1990.
89. Ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Écosse. *The goals of public education*. Site Web : <ftp://ftp.ednet.ns.ca/pub/educ/psp/psp-a.pdf> (consulté le 12 juin 2000).
90. Ministère de l'Éducation et de la Culture de la Nouvelle-Écosse. *Foundation for active, healthy living: physical and health education curriculum*. Halifax, N.-É. : le ministère; 1998.

91. Communication personnelle : D^r David MacKinnon, Acadia University. Juin 2000.
92. Communication personnelle : Anne Blackwood, adjointe à la direction, Services des programmes en anglais, ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Écosse, août 2000.
93. Ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Écosse. *Health: a program promoting active and healthy lifestyles*. Halifax, N.-É. : le ministère; 1992.
94. Ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Écosse. *Health/personal development and relationships grades 7-9*. Ébauche, mars 2000. Halifax, N.-É. : le ministère; 2000.
95. Ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Écosse. *Learning outcomes framework. Draft, January 2000*. Halifax, N.-É. : le ministère; 2000.
96. Langille, D.B., Beazley, R., Andreou, P., Delaney, M. Reproductive health knowledge of students at a high school in rural Nova Scotia. *Can J Public Health* 1998;89:85-89.
97. Langille, D.B., Delaney, M.E., Beazley, R. Knowledge and use of emergency postcoital contraception by female students at a high school in Nova Scotia. *Can J Public Health* 2000;91:29-32.
98. Beazley, R., MacKinnon, D., Langille, D. *A sexuality education needs assessment conducted with students, teachers and guidance counsellors at E. B. Chandler June High School and Amherst Regional High School*. Rapport préparé pour la Amherst Association For Healthy Adolescent Sexuality. Halifax, N.-É. : Université de Dalhousie; 1996.
99. Jacobs, W.J., Wylie, W.E. Who teaches health education in Texas secondary schools? *J Sch Health* 1995;65:365-68.
100. Ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Écosse. *Career and life management curriculum guide No. 145*. Halifax, N.-É. : le ministère; 1996.
101. Hamilton, R., Gingiss, P.L. The relationship of teacher attitudes to course implementation and student responses. *Teaching and Teacher Education* 1993;9:193-204.
102. McKay, A. *Sexual ideology and schooling*. London, ON : The Althouse Press; 1998.
103. Barrett, M. Sexuality education in Canadian schools: an overview in 1994. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 1994;3:199-208.
104. Ministère des finances de la Nouvelle-Écosse. Les points dominants du budget de la province de la Nouvelle-Écosse pour l'exercice financier de 2000-2001. Site Web : <http://www.gov.ns.ca/finance/budget2000/addr/highlights.htm> (consulté le 15 juin 2000).
105. Langille, D., Langille, J., Beazley, R., Doncaster, H. *Amherst parents' attitudes towards school-based sexual health education*. Rapport préparé pour la Amherst Association for Healthy Adolescent Sexuality. Halifax : Université de Dalhousie; 1996.
106. Pacheco, M., Powell, W., Cole, C., Kalishman, N., Benon, R., Kaufman, A. School-based clinics: the politics of change. *J Sch Health* 1991;61:92-94.
107. Oxman, A.D., Thomson, M.A., Davis, D.A., Haynes, R.B. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995;153: 1423-31.
108. Grunseit, A., Kippax, S., Agleton, P., Baldo, M., Slutkin, G. Sexuality education and young people's behaviour. *J Adolesc Research* 1997;12:421-53.
109. DiIorio, C., Kelley, M., Hockenberry-Eaton, M. Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. *J Adolesc Health* 1999;24:181-9.
110. Newberry, P. Time to think continuity. *Can Fam Phys* 2000;46:1248-49.
111. College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia, Registered Nurses' Association of Nova Scotia, Medical Society of Nova Scotia, Nova Scotia Association of Health. *Guidelines for shared competencies & delegated medical functions*. Site Web : <http://www.cpsns.ns.ca/infoset.html> (consulté le 21 juin 2000).
112. Nova Scotia Advisory Commission on AIDS. *HIV prevention for out-of-school youth in Nova Scotia*. Halifax, N.-É. : La Commission; 1994.

Le CESFM est financé par Dalhousie University et le IWK Health Centre, ainsi que par le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada et par de généreux dons anonymes.



Le Centre D'Excellence pour la Santé des Femmes-Region des Maritimes

CP 3070 - Halifax
Nova Scotia/Nouvelle Écosse
Canada B3J 3G9

Téléphone
(902) 420-6725

Linge sans Frais
1-888-658-1112

Télocopieur
(902) 420-6752

E-Mail/
Courrier Électr.
MCEWH@dal.ca

Website
www.medicine.dal.ca/mcewh

