



Chapitre

11

Le sexe

Aperçu

La notion de sexe désigne « un ensemble de rôles, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements et de valeurs, de même que de pouvoirs et d'influences relatifs que la société attribue aux hommes et aux femmes sur une base différentielle » (Santé Canada, 1996, p. 20).

On ne peut pas oublier les composants biologiques du sexe. Par exemple, les filles sont physiologiquement plus susceptibles que les garçons de contracter une maladie transmissible sexuellement (MTS) après y avoir été exposées. Tout risque associé à une grossesse ou à un problème lié aux menstruations est exclusif aux femmes. Les garçons, toutefois, à cause de leur développement tardif, risquent plus d'attraper une maladie infantile ou une affection.

Le sexe est fortement influencé par l'environnement social dans lequel nous vivons. La socialisation hâtive par les parents, les pairs et les éducateurs peut tempérer ou augmenter l'influence des déterminants biologiques. Les parents vont probablement traiter leurs enfants différemment, en encourageant ou en décourageant certains comportements, selon le sexe de l'enfant. Les pairs récompensent ou punissent un comportement sexuel, selon qu'il est « convenable » ou « non convenable », contribuant à la façon dont les enfants adoptent et intériorisent socialement les vues construites du sexe. Les médias aussi jouent un rôle, en renforçant plusieurs stéréotypes des comportements et des capacités liés au sexe masculin et au sexe féminin.



On peut attribuer plusieurs conditions sociales ou de santé à la situation sociale ou aux rôles fondés sur le sexe. Les femmes, par exemple, sont plus susceptibles que les hommes d'avoir un niveau d'éducation moins élevés, d'avoir un faible revenu, d'être chef de famille monoparentale et d'avoir un niveau d'estime de soi et un sentiment d'autoefficacité faible. Elles courent, en outre, un plus grand risque de contracter une MTS, d'être victimes de mauvais traitements et d'agression sexuelle dans les fréquentations, de fumer et d'être inactive. Tous ces facteurs agissent entre eux et ont une influence négative sur la santé des femmes. D'un autre côté, les garçons ont un taux de mortalité plus élevé que les filles — par blessures et par suicide surtout — et un taux plus élevé de difficultés d'apprentissage et de trouble des conduites.



Rapport avec le développement sain des enfants

Le patrimoine biologique et génétique donne le ton.

Une diversité de différences biologiques et génétiques entre les hommes et les femmes exercent une influence sur leur santé et leur développement durant la prime enfance et l'adolescence.

Ces différences physiologiques font vivre aux hommes et aux femmes différents risques et diverses expériences liés à la sexualité et à la reproduction. Ainsi, la vulnérabilité plus grande de l'appareil reproducteur féminin aux organismes transmis lors d'une relation sexuelle non protégée fait en sorte que la femme risque davantage de contracter certaines maladies transmissibles sexuellement (MTS). L'homme qui a une infection gonococcique infectera environ la moitié de ses partenaires féminines, alors que la femme infectée n'infectera que le quart de ses partenaires masculins (Baird et coll., 1993, p. 235). Les femmes assument également une responsabilité supplémentaire à l'égard de leur santé sexuelle et reproductive; les menstruations, la grossesse et la contraception sont associées aux nombreux risques et effets secondaires — tant physiques qu'affectifs.

En général, les filles se développent plus rapidement que les garçons. Dès leur naissance, elles sont plus développées physiquement que les garçons, un avantage qui se continue tout au cours de la jeune enfance. Au moment de commencer l'école, les filles, sur le plan du développement physique, ont au moins une année d'avance sur les garçons (Eme et Kavanaugh, 1995). Certaines études donnent à penser que ce phénomène peut contribuer à une incidence plus forte de déficience congénitale chez les garçons et au fait que les garçons semblent souffrir davantage des effets du syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF) (Eme et Kavanaugh, 1995).

Alors que les filles de six et sept ans ont une meilleure coordination que les garçons (Prior et coll., 1993), cet avantage semble passer vers la mi-enfance et l'adolescence. Cela pourrait s'expliquer du fait que les filles, en vieillissant, participeront probablement moins à des activités physiques qui favorisent le développement des habiletés motrices — y compris la course, les lancers et les attrapés (McKinnon et Ahola-Sidaway, 1997).

La socialisation est la clé.

La socialisation précoce — y compris l'influence des parents, des pairs, des enseignants et d'autres adultes significatifs — joue un rôle important dans l'acquisition d'attitudes et de comportements fondés sur le sexe chez les enfants.

Les recherches ont montré que l'interaction des garçons et des filles avec leurs parents est différente. Les garçons, par exemple, seraient plus en conflit avec leurs parents, seraient punis plus souvent et verraient davantage leurs parents en conflit. De plus, leurs liens familiaux ne sont pas aussi solides que ceux des filles (Prior et coll., 1993).

De même, les parents adoptent souvent un comportement différent, selon le sexe de l'enfant. Dans une relation père-enfant, les pères semblent réagir plus positivement au comportement prosocial de leur fille qu'à celui



de leur garçon (Kerig, Cowan et Cowan, 1993). En outre, ils tolèrent moins le comportement d'intériorisation des filles que l'agressivité physique des garçons. D'un autre côté, ce comportement d'intériorisation ne pose pas de problème aux mères (Webster-Stratton, 1996). Il est aussi fort probable que les mères vont parler des émotions plus avec leurs filles qu'avec leurs fils (Eisenberg, Martin et Fabes, 1996); elles pourront encourager leurs filles à se préoccuper des autres (Keenan et Shaw, 1997) et à résoudre les problèmes (Nolen-Hoeksema et coll., 1995). Les filles sont éduquées souvent en vue de prendre soin des autres et de materner, malgré la probabilité de plus en plus grande qu'elles chercheront un emploi.

L'influence des pairs affecte l'acquisition de comportements et d'attitudes fondés sur le sexe. Les enfants ont tendance à se diviser selon le sexe — surtout dans des groupes de jeu — et certaines études donnent à penser que les garçons et les filles apprennent et mettent en pratique différentes habiletés sociales et cognitives au sein de ces groupes (Keenan et Shaw, 1997). Les pairs sont en faveur du jeu selon le sexe et punissent le jeu entre les sexes ainsi que les formes d'agression non normatives (p. ex., les filles qui sont physiquement agressives, les garçons qui le sont sur le plan des relations) (Golombuk et Fivush, 1994; Crick, 1997).

Les éducateurs de la prime enfance sont des agents de socialisation importants pour les enfants. Leurs hypothèses au sujet du sexe aident à influencer sur les perceptions qu'ont les enfants des garçons et des filles et sur leurs interactions avec eux. Alors que les enseignants et d'autres éducateurs prennent conscience davantage des répercussions des attentes précoces fondées sur le sexe à l'égard du développement des enfants, plusieurs études ont montré que les enseignants ont tendance à réagir différemment aux comportements problèmes des garçons et des filles (Keenan et Shaw, 1997).

Les médias, y compris les ouvrages pour les enfants, aident à renforcer les stéréotypes à l'égard des sexes. Plusieurs chercheurs ont trouvé que le contenu d'une bonne partie de la programmation à la télévision est « fortement axée sur les hommes et présente des rôles sexuels souvent stéréotypés et déformés » (Luecka-Aleksa et coll., 1995, p. 774). On peut en dire autant de la présentation des rôles sexuels dans les ouvrages pour enfants (Golombuk et Fivush, 1994).

Les mass-médias jouent aussi un rôle important dans la création et le renforcement d'attitudes et de valeurs au sujet du rôle des deux sexes, de l'attraction sexuelle et des idéaux du corps. Par exemple, les images des médias présentent le corps idéal de la femme comme étant grand, extrêmement mince et attirant et ils encouragent l'intériorisation d'idéaux souvent inaccessibles chez les filles et les jeunes femmes.



En général, les filles se développent plus rapidement que les garçons. Dès leur naissance, elles sont plus développées physiquement que les garçons, un avantage qui se continue tout au cours de la jeune enfance.



Le sexe, le pouvoir et la violence

Les rôles sexuels et le « scénario » qu'impose la société influent grandement sur le comportement de la jeunesse, notamment au sujet des questions telles que le sexe protégé et l'activité sexuelle précoce ou coercitive. Les femmes sont souvent conditionnées à assumer un rôle de personne soumise et peuvent se sentir incapables d'insister pour exercer leur sexualité sans risques. Par ailleurs, les femmes se voient souvent attribuer la majorité de la responsabilité pour éviter la grossesse et les MTS (Kinnon, 1994). La situation peut s'aggraver en présence de facteurs culturels. On a signalé dans une étude qu'un tiers des femmes autochtones ont dit craindre d'être agressées si elles refusaient d'avoir une relation sexuelle avec un partenaire (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, 1996, p. 35).

Les effets de la violence se présentent différemment chez l'homme et la femme. On a laissé entendre dans une étude qu'en ce qui concerne le développement socio-affectif, les garçons victimes de violence physique exhibaient un comportement plus « extériorisé », comme une agression, alors que celui des filles était plus « intériorisé ». Les jeunes filles victimes d'une agression sexuelle pourront aussi être plus susceptibles que les garçons de présenter des difficultés cognitives et scolaires (Trickett et McBride-Chang, 1995).

Un examen récent des ouvrages sur les enfants et les jeunes qui sont témoins de violence familiale a montré des réactions différentes chez les jeunes garçons et les jeunes filles. Les garçons ont tendance à réagir en manifestant de la violence, alors que les filles deviennent plus dépendantes et timides. En outre, les enfants témoins de violence à la maison auront davantage tendance à se retrouver dans une relation de violence à l'âge adulte. Alors que les filles accepteront peut-être davantage la violence dans leurs rapports, les garçons en seront probablement les responsables (Suderman et Jaffe, 1997).



Conditions et tendances

Les taux de blessures, de décès et de handicaps sont plus élevés chez les garçons.

On a montré plusieurs différences liées au sexe dans l'état de santé chez les enfants et les jeunes du Canada. Les taux de mortalité sont plus élevés chez les garçons que chez les filles dans tous les groupes d'âge, mais surtout chez les 15 à 19 ans, où le taux est de 96 décès par 100 000 de population et de 34 par 100 000 respectivement (ICSI, 1994, p. 87).

Plus de garçons, de tous âges, sont hospitalisés. Durant l'adolescence, les garçons sont le plus couramment admis à l'hôpital en raison de blessures (32 %), alors que, pour les filles, c'est en raison d'une grossesse (39 %) (ICSI, 1994, p. 91). Bien que les filles soient plus susceptibles de tenter de se suicider, plus de garçons meurent par suicide (ICSI, 1994, p. 97).

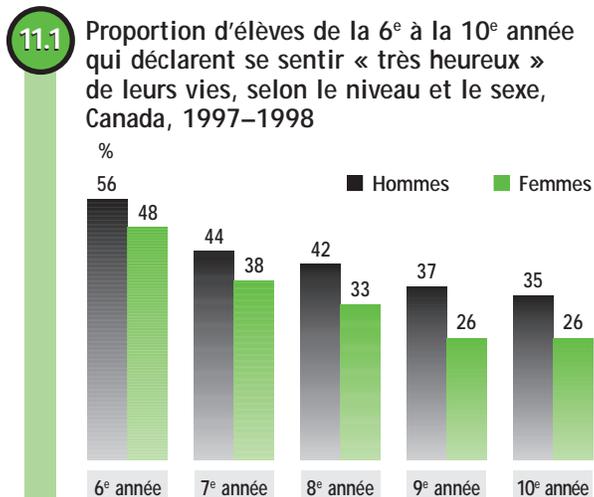


En général, les taux de handicaps chez les jeunes gens de moins de 20 ans sont plus élevés chez les garçons (7,9 %) que chez les filles (6,3 %) (ICSI, 1994, p. 151). Cet écart est plus prononcé pour les jeunes gens éprouvant des difficultés d'apprentissage (deux fois plus chez les garçons que chez les filles) et ayant un trouble affectif ou de comportement (trois fois plus fréquent chez les garçons) (ICSI, 1994, p. 154).

Les indicateurs de bien-être et d'image corporelle sont plus faibles chez les filles.

Les indicateurs de bien-être sont constamment moins élevés chez les filles que chez les garçons. Le taux de dépression est plus élevé chez les filles que chez les garçons (52,4 % par rapport à 35,9 %) (Fleming, Offord et Boyle, 1989). Chez les 13 à 16 ans, 55 % des filles et 48 % des garçons se sont déclarés stressés (ICSI, 1994, p. 74; Holmes et Silverman, 1992, p. 22). Dans son étude, le Comité consultatif canadien sur le statut de la femme a montré que plus de garçons que de filles ont dit se sentir bien dans leur peau (45 % par rapport à 30 %), avoir un certain nombre de belles qualités (43 % par rapport à 31 %) et avoir confiance en eux (33 % par rapport à 22 %) (Holmes et Silverman, 1992, p. 12 et 13). Une étude d'élèves de la 6^e à la 10^e année a trouvé qu'à chaque classe, plus de garçons que de filles se disaient heureux (King, Boyce et King, 1999, p. 45). Voir la **figure 11.1**. Les comparaisons avec les résultats du milieu des années 1980 montrent que l'écart entre les sexes sur ces mesures s'est agrandi au début des années 1990 (ICSI, 1994, p. 96).

Les filles se préoccupent particulièrement de leur image corporelle. Les adolescentes beaucoup plus que les adolescents sont susceptibles de dire qu'elles veulent maigrir. Une étude récente a révélé que 29 % des filles de 11 ans voulaient perdre du poids, comparativement à 19 % des garçons du même âge. À 13 ans, l'écart entre les sexes était plus prononcé, alors que 41 % des filles et 21 % des garçons exprimaient le même désir de maigrir (King, Boyce et King, 1999, p. 70).



Source : A.J.C. King, W.F. Boyce et M.A. King. *La santé des jeunes : tendances au Canada*, n° de catalogue : H39-498/1999F, Ottawa, Santé Canada, 1999, p. 45.



Il y a des différences dans les pratiques personnelles de santé.

Des pratiques de santé différentes jouent un rôle dans la santé générale des garçons et des filles. Les garçons s'adonneront plus que les filles aux activités physiques. En réalité, les adolescents dépensent environ 50 % plus d'énergie à ces activités que les filles (ICRCP, 1997, p. 2). Comme l'indique la **figure 11.2**, une proportion plus forte de garçons que de filles de la 6^e à la 10^e année a dit faire de l'exercice quatre fois par semaine ou plus (OMS, 1999). Des études ont prouvé, cependant, que le niveau d'activité chez les filles est à la hausse (CCDS, 1997, p. 37).

Ces dernières années, l'incidence de l'usage du tabac chez les filles de 15 ans a augmenté — passant de 18 % en 1990, à 21 % en 1998. Cette tendance laisse supposer que les jeunes filles ont de plus en plus de contraintes sociales (King, Boyce et King, 1999, p. 95).

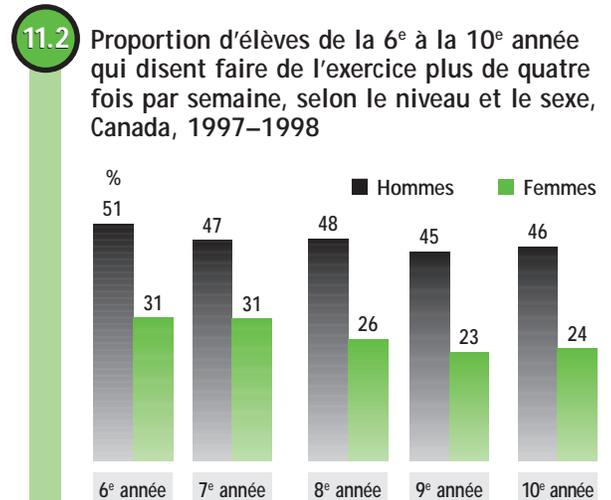
Le risque d'agression est plus élevé chez les filles.

On estime que 25 % des filles et 10 % des garçons seront victimes de violence sexuelle avant l'âge de 16 ans (Finkel, 1987, p. 245). Les filles, plus que les garçons, sont le plus souvent les principales victimes d'agression perpétrées par des membres de la famille. Dans une étude, les filles représentaient près de 80 % des victimes d'agression sexuelle commises par un membre de la famille (Statistique Canada, 1998, p. 22).

Le sexe influence non seulement la possibilité qu'un enfant soit la victime, mais aussi la nature du délit. Une étude effectuée en 1995 sur les cas de mauvais traitements déclarés par les personnes en cause montre que la violence physique a été rapportée par 44 % d'adolescentes de 14 à 18 ans, comparative-ment à 33 % d'adolescents. De plus, un autre 28 % d'adolescentes ont déclaré avoir été victimes d'agression sexuelle comparative-ment à 0 % chez les adolescents (Manion et Wilson, 1995, p. 15).

Plus de garçons que de filles abandonnent leurs études.

Les garçons sont plus susceptibles de quitter l'école que les filles (17 % et 11 % respectivement). Les trois raisons dominantes citées par les garçons et les filles pour décrocher sont l'ennui, la préférence pour le travail plutôt que pour l'école et les problèmes liés aux travaux scolaires et aux enseignants (Statistique Canada, 1993, p. 27). Les filles, toutefois, sont plus susceptibles que les garçons de voir leur rendement scolaire diminuer, en mathématiques et en sciences surtout, à l'adolescence.



Source : OMS. *Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire, une étude multi-nationale de l'Organisation mondiale de la santé, 1997–1998, 1999.*



Sexe et autres déterminants

L'éducation

En 1995, 30 % des jeunes femmes (de 22 à 24 ans) sans diplôme d'études secondaires étaient sans emploi, par comparaison avec 17 % des hommes (DRHC et Statistique Canada, 1996, p. 5). En général, le niveau d'éducation des femmes augmente — en 1992–1993, elles représentaient 53 % de tous les étudiants de premier cycle, 46 % de tous les étudiants à la maîtrise et 35 % de tous les candidats au doctorat (Normand, 1995, p. 19). Toutefois, elles sont toujours sous-représentées en sciences physiques, en génie (premier cycle) et en sciences appliquées.

Les pratiques de santé personnelles

L'apparence physique préoccupe grandement plusieurs adolescentes qui luttent pour préserver une image de soi positive. Les jeunes femmes qui ont une image corporelle négative risquent plus d'avoir des comportements de personnes qui éprouvent des troubles de l'alimentation que celles qui ne s'en préoccupent pas. La mauvaise estime de soi chez les garçons et les jeunes hommes est liée à l'utilisation de stéroïdes anabolisants (King, Boyce et King, 1999).

Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation

D'après l'ELNEJ, en 1994–1995, les garçons de huit à 11 ans avaient le plus haut taux de problèmes affectifs et comportementaux, et les filles de quatre à sept ans, le plus faible. De fait, tous les taux de prévalence de troubles étaient plus élevés chez les garçons que chez les filles. Même si plus de jeunes femmes que d'hommes tentent de se suicider, les jeunes hommes seront plus nombreux à se suicider effectivement (ICSI, 1994, p. 75 et 89).

Les facteurs génétiques et biologiques

Les garçons et les filles ne courent pas le même risque dans le cas de certains types d'affections et de troubles. Les garçons, par exemple, risquent plus que les filles de souffrir d'autisme (Bryson, Clark et Smith, 1988) et d'une affection comportementale telle qu'un trouble déficitaire de l'attention et un trouble des conduites (Offord, 1987). Cependant, les filles risquent plus d'être atteintes de dépression et d'avoir des troubles de l'alimentation à l'adolescence (Cicchetti et Toth, 1998).



Références

- Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. *VIH/SIDA et son impact sur les femmes autochtones au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1996.
- Baird, P., et coll. *Un virage à prendre en douceur : rapport final de la commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction*, vol. 1, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1993.
- Bryson, S.E., B.S. Clark et I. Smith. « First report of a Canadian epidemiological study of autistic syndromes », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 29, 1988, p. 433-446.
- Cicchetti, D. et S.L. Toth. « The development of depression in children and adolescents », *American Psychology*, vol. 53, 1998, p. 221-241.
- Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada — 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997.
- Crick, N.R. « Engagement in Gender Normative versus Non-normative Forms of Aggression: Links to Social Psychological Adjustment », *Developmental Psychology*, vol. 33, n° 4, 1997, p. 610-617.
- Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada. *Après le secondaire, les premières années : le premier rapport découlant de l'enquête de suivi auprès des sortants, 1995*, n° de catalogue : MP78-4/12-1996F, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996.
- Eisenberg, N., C.L. Martin et R.A. Fabes. « Gender Development and Gender Effects », dans *Handbook of Educational Psychology*, D. Berliner et R. Calfee (dir.), Toronto, Simon and Schuster Macmillan, 1996, p. 358-396.
- Eme, R.F. et L. Kavanaugh. « Sex Differences in Conduct Disorder », *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, vol. 24, n° 4, 1995, p. 406-426.
- Finkel, K.C. « Sexual Abuse of Children: An Update », *Journal de l'association médicale canadienne*, vol. 136, n° 3, 1987, p. 245-252.
- Fleming, J.E., D.R. Offord et M.H. Boyle. « Prevalence of Childhood and Adolescent Depression in the Community: Ontario Child Health Study », *British Journal of Psychiatry*, vol. 155, 1989, p. 647-654.
- Golombok, S. et R. Fivush. *Gender Development*, New York, Cambridge University Press, 1994.
- Holmes, J. et E. Silverman. *J'ai des choses à dire, écoutez-moi! Sondage auprès des adolescentes du Canada*, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, 1992.
- Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. « Conformité des jeunes aux directives », *Progrès en prévention*, Bulletin n° 13, 1997.
- Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2^e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.
- Keenan, K. et D. Shaw. « Development and Social Influences on Young Girls' Early Problem Behaviour », *Psychological Bulletin*, vol. 121, n° 1, 1997, p. 95-113.
- Kerig, P.K., P.A. Cowan et C.P. Cowan. « Marital Quality and Gender Differences in Parent-Child Interaction », *Developmental Psychology*, vol. 29, 1993, p. 931-939.
- King, A.J.C., W.F. Boyce et M.A. King. *La santé des jeunes : tendances au Canada*, n° de catalogue : H39-498/1999F, Ottawa: Santé Canada, 1999.
- Kinnon, D. « The Birth Control Gap », dans *On Women's Healthsharing*, E. Dua et coll. (dir.), Toronto, Women's Press, 1994, p. 155-160.



- Luecka-Aleksa, D., et coll. « Gender Constancy and Television Viewing », *Developmental Psychology*, vol. 31, n° 5, 1995, p. 773–780.
- Manion, I.G. et S. Wilson. *Examen de la relation entre les antécédents de mauvais traitements et les comportements à risque chez les enfants*, n° de catalogue H72-21/139-1995F, Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada, 1995.
- McKinnon, M. et J. Ahola-Sidaway. *Gender Issues and Young Children's Mental Health: Final Report*, Ottawa, Santé Canada, 1997.
- Nolen-Hoeksema, et coll. « Helplessness in Children of Depressed and Non-Depressed Mothers », *Developmental Psychology*, vol. 31, n° 3, 1995, p. 377–387.
- Normand, J. « Education of Women in Canada », *Tendances sociales canadiennes*, vol. 39, hiver 1995, p. 17–21, n° de catalogue : 11-008F, Ottawa, Statistique Canada, 1995.
- Offord, D.R. « Prevention of behavioral and emotional disorders in children », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 28, 1987, p. 9–19.
- Organisation mondiale de la santé. *Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire, une étude multi-nationale de l'Organisation mondiale de la santé, 1997–1998*, 1999.
- Prior, M., et coll. « Sex Differences in Psychological Adjustment from Infancy to 8 Years », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 32, n° 2, 1993, p. 291–304.
- Santé Canada. *Pour une compréhension commune : une clarification des concepts clés de la santé de la population*, n° de catalogue : H39-391/1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996.
- Statistique Canada. *Après l'école : résultats d'une enquête nationale comparant les sortants de l'école aux diplômés d'études secondaires âgés de 18 à 20 ans*, Ottawa, Statistique Canada, 1993.
- Statistique Canada (1998). *La violence familiale au Canada: un profil statistique 1998*, n° de catalogue : 85-224-XPF, Ottawa, Statistique Canada, 1998.
- Suderman, M. et P. Jaffe . « Children and Youth Who Witness Violence », dans *Child Abuse: New Directions in Prevention and Treatment Across the Lifespan*, D.A. Wolfe, R.J. McMahon and R. deV. Peters (dir.), Thousand Oaks, Sage Publications, 1997.
- Trickett, P.K. et C. McBride-Chang. « The Developmental Impact of Different Forms of Child Abuse and Neglect », *Developmental Review*, vol. 15, 1995, p. 311–337.
- Webster-Stratton, C. « Early Onset Conduct Problems: Does Gender Make a Difference? », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 64, n° 3, 1996, p. 540–551.