

**SIECCAN** Sex Information and Education Council of Canada

**QUESTIONS COMMUNES SUR  
L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE**  
(Révisé en mars 2001\*)

Alexander McKay  
Coordonnateur de la recherche du SIECCAN

Résumé : Ce document a recours à de la documentation évaluée par des pairs pour fournir des réponses, fondées sur la recherche, à des questions que posent souvent des éducateurs, des parents, des administrateurs, des gouvernements et des journalistes concernant la philosophie, les méthodes et les incidences de l'éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles. Le document donne des réponses aux questions suivantes : † Avons-nous besoin de programmes d'éducation en matière de santé sexuelle à l'école? Quelles sont les valeurs véhiculées par l'éducation en matière de santé sexuelle à l'école? Les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle devraient-ils aborder l'orientation sexuelle? Les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle devraient-ils enseigner l'abstinence aux jeunes? Les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle devraient-ils se limiter à l'enseignement de l'abstinence? Quels sont les types d'éducation en matière de santé sexuelle les plus aptes à aider les adolescents à se protéger contre la grossesse non-désirée et les MTS? Est-ce que l'enseignement aux adolescents de la contraception et de l'usage des condoms amène des rapports sexuels anticipés ou plus fréquents? Quelle est la conséquence de rendre les condoms accessibles aux adolescents? Quel message transmettre aux jeunes au sujet de l'efficacité des condoms pour prévenir le VIH/SIDA et d'autres MTS? ‡

Ce document est mis à jour de façon régulière et on peut le trouver au site Web du SIECCAN au [www.sieccan.org](http://www.sieccan.org)

---

Reconnaissance : Le SIECCAN reconnaît avec gratitude la contribution de **l'Unité de la promotion de la santé sexuelle et génésique de la Division de la promotion de la santé sexuelle, de la prévention et du contrôle des MTS de Santé Canada**, et ce autant pour la production originale de ce document-ressource que pour sa révision actuelle.

---

\*Ce numéro a été publié en mars 2001.

Toute correspondance concernant ce document doit être adressée à Alexander McKay, Ph.D., Coordonnateur de la recherche du SIECCAN, 850 Coxwell Avenue, Toronto, ON. M4C 5R1

Tél. (416) 466-5304; courriel : [sieccan@web.net](mailto:sieccan@web.net)

---

## Introduction

L'accès à une éducation efficace en matière de santé sexuelle contribue de façon importante à la santé et au bien-être des Canadiens et Canadiennes. Les programmes scolaires constituent une voie essentielle en vue de fournir aux jeunes une éducation en matière de santé sexuelle. Bien que toutes les provinces et tous les territoires aient de tels programmes, leur étendue et leur qualité varient considérablement en fonction de la région et de la localité (Barrett, 1994). L'éducation en matière de santé sexuelle est un sujet sensible et parfois controversé. Les éducateurs, les professionnels en santé publique et d'autres personnes déterminées à fournir une éducation de grande qualité en matière de santé sexuelle dans les écoles et dans d'autres contextes communautaires sont souvent appelés à expliquer la raison d'être, la philosophie et le contenu de programmes proposés ou existants d'éducation en matière de santé sexuelle. Ce document, préparé par le SIECCAN (Conseil du Canada d'information et d'éducation sexuelles), a été conçu pour supporter la fourniture d'une éducation de grande qualité en matière de santé sexuelle dans les écoles canadiennes. Il apporte des réponses à certaines questions parmi les plus communes que peuvent se poser les parents, les éducateurs, les planificateurs de programmes, les administrateurs scolaires et de la santé et les citoyens concernés par l'éducation en matière de santé sexuelle.

Le Canada constitue une société pluraliste où vivent ensemble des personnes ayant des valeurs différentes au point de vue philosophique, culturel et religieux au sein d'une société érigée sur la base de principes démocratiques. Les Canadiens et les Canadiennes ont des valeurs et des opinions variées au sujet de la sexualité. Sur le plan philosophique, ce document épouse la démarche démocratique par rapport à l'éducation en matière de santé sexuelle que comportent les *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (1994) de Santé Canada. En évaluant l'efficacité des méthodes d'éducation, les lignes directrices suivent une démarche fondée sur des éléments de preuve et suivant laquelle des résultats de recherches à jour et crédibles servent à fournir des réponses à des questions courantes en éducation en matière de santé sexuelle. Une démarche fondée sur des preuves, conjuguée au respect des valeurs démocratiques, établit la fondation solide du développement et de l'exécution de programmes de grande qualité d'éducation en matière de santé sexuelle dans nos écoles (McKay, 1998).

### Avons-nous besoin de programmes d'éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles?

La santé sexuelle est un élément important de la santé en général et du bien-être. Selon les *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (1994) de Santé Canada, † L'éducation en matière de santé sexuelle devrait être disponible pour tous les Canadiens en tant qu'élément important de programmes et de services en promotion de la santé ‡ Les lignes directrices ajoutent que les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle visent l'**amélioration de la santé sexuelle** (p. ex., avoir une image de soi et une estime de soi positives, maintenir une bonne santé physique et génésique) et la **prévention de problèmes sexuels** (p. ex., la prévention des grossesses non désirées, des MST et du SIDA, de l'exploitation et de l'abus).

Les parents et les tuteurs sont une source importante et de premier ordre d'éducation en matière de santé sexuelle pour les jeunes. Souvent les adolescents se tournent vers leur famille comme source privilégiée d'information en matière de santé sexuelle (King et coll., 1988; McKay et Holloway, 1997). En plus des familles, les écoles représentent une autre source particulièrement importante d'éducation en matière de santé sexuelle. Comme le suggèrent les *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé* :

Les écoles, qui sont le seul établissement d'enseignement formel à établir des contacts significatifs avec presque tous les jeunes, constituent une ressource vitale dans notre société lorsqu'il s'agit de donner aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes l'occasion d'acquérir le savoir et les

compétences dont ils auront besoin pour prendre des décisions visant à promouvoir leur santé sexuelle et à mettre ces décisions en pratique (Santé Canada, 1994).

Par sa contribution importante au développement de l'adolescent, l'éducation en matière de santé sexuelle peut jouer un rôle de premier plan dans la prévention primaire de problèmes significatifs de santé sexuelle. Par exemple, à l'heure actuelle plus de 42 000 jeunes femmes de 15 à 19 ans deviennent enceintes chaque année au Canada (Dryburgh, 2000), tandis que les taux les plus élevés de maladies transmises sexuellement (MTS) comme la chlamydie se trouvent parmi les adolescents et les jeunes adultes (Santé Canada, 2000). Les taux élevés de chlamydie parmi les jeunes de 15 à 19 ans constituent une préoccupation significative en santé du fait que, non dépistée et non traitée, cette infection peut conduire à des atteintes inflammatoires pelviennes et à l'infertilité (Patrick, 1997). Selon le Laboratoire de lutte contre la maladie, bien que la prévalence du VIH chez les jeunes soit faible en ce moment, † Les adolescents sont un groupe qui pourrait voir une augmentation de l'infection due au VIH Ž (Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, 1999, p.1). Tel que documenté plus bas, l'éducation générale en matière de santé sexuelle peut jouer un rôle important dans la prévention des MTS et des grossesses non désirées chez les jeunes.

### **Les parents et les étudiants veulent-ils qu'on enseigne l'éducation en matière de santé sexuelle à l'école?**

La recherche-sondage révèle de façon constante que les parents et les étudiants canadiens souhaitent que les écoles fournissent des programmes d'éducation en matière de santé sexuelle. Par exemple, Lawlor et Purcell ont trouvé en 1988, dans leur sondage de parents d'étudiants du secondaire de la région de Montréal, que 95 % des parents approuvaient l'éducation sexuelle à l'école. L'étude de Verby et Herold (1992) sur les parents d'une région urbaine de l'Ontario a indiqué que 98 % des parents approuvaient l'éducation sur le VIH/SIDA. Une étude plus récente auprès de parents canadiens a conclu que plus de 85 % des parents se disent d'accord avec l'énoncé suivant : † L'éducation en matière de santé sexuelle devrait être fournie à l'école. Ž Une majorité de parents voulaient que l'école donne aux étudiants de l'information concernant la procréation, le contrôle des naissances, la prévention du VIH/SIDA, les relations saines, l'abstinence, l'orientation sexuelle, la puberté, l'abus sexuel/le viol et la moralité individuelle, familiale et communautaire en matière de sexualité (Langille, Langille, Beazley & Doncaster, 1996; McKay, 1996; McKay, Pietrusiak & Holowaty, 1998).

Un sondage récent mené en Ontario a révélé que 89 % des adolescents considéraient importante l'éducation en matière de santé sexuelle (McKay & Holowaty, 1997). Appelés à classer six sources possibles, les adolescents ont placé l'école au premier rang et ensuite la famille et les amis. Les étudiants sondés ont retenu les 12 sujets suivants pour l'éducation au niveau scolaire en matière de santé sexuelle : prévenir les maladies transmises sexuellement; l'agression sexuelle et le viol; comment passer des tests de MTS et obtenir un traitement; méthodes de contrôle des naissances; la conception, la grossesse, la naissance; établir de bonnes relations fondées sur l'égalité; dire non au sexe; prendre des décisions au sujet de la sexualité et des relations; les compétences parentales; parler de sexualité avec son petit ami ou sa petite amie; la pression provenant des pairs; la puberté (McKay & Holowaty, 1997). Une reprise de la même étude a donné des résultats semblables (HKPR Health Unit, 1999).

### **Quelles sont les valeurs véhiculées par l'éducation en matière de santé sexuelle à l'école?**

Une société pluraliste comme le Canada est composée de personnes ayant des perspectives différentes à l'égard de la sexualité. Cependant, les Canadiens sont unis par leur respect des valeurs démocratiques. L'accent mis sur les valeurs démocratiques établit la base philosophique de nombreux programmes d'éducation en matière de santé sexuelle. Par exemple, les Lignes directrices nationales d'éducation en matière de santé sexuelle ont aidé plusieurs communautés à définir en commun les valeurs que véhicule l'éducation en matière de santé sexuelle dans leurs écoles. Les Lignes directrices ont été établies pour concrétiser une philosophie de l'éducation qui est inclusive, qui respecte la diversité et qui traduit les

principes de base d'une éducation offerte dans une société démocratique. Ainsi, les Lignes directrices avancent qu'une éducation efficace en matière de santé sexuelle doit :

- améliorer la santé sexuelle, en faisant en sorte que les valeurs propres à chaque individu soient respectées, tout comme sa moralité, ses antécédents religieux ou ethnoculturels et son orientation sexuelle, bref toute autre caractéristique du même genre.
- rehausser l'estime de soi et la dignité humaine.
- transmettre la sensibilité et la prise de conscience des conséquences de son propre comportement envers les autres, en insistant sur la notion que la santé sexuelle est interactive dans le sens qu'elle requiert qu'on se respecte et qu'on respecte les autres.
- fournir de l'information juste qui combat les méprises sur la discrimination liée à la race, le genre, l'orientation sexuelle, la religion, les antécédents ethnoculturels ou l'incapacité.
- être structurée de façon à opérer chez les personnes en cause des changements d'attitude et de comportement qui découlent de choix individuels éclairés plutôt que des choix imposés par une autorité de l'extérieur (Santé Canada, 1994).

Ces affirmations reconnaissent que l'éducation en matière de santé sexuelle ne peut être entièrement neutre par rapport à certaines valeurs; plutôt, † L'éducation efficace en matière de santé sexuelle offre aux individus la possibilité de voir des attitudes, des sentiments, des valeurs et des préceptes moraux qui pourraient influencer leurs propres choix en matière de santé sexuelle. ‡ (Santé Canada, 1994).

### **L'éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes devrait-elle inclure l'orientation sexuelle?**

Il y a des chances que presque toutes les classes scolaires du Canada comptent au moins un étudiant qui n'est pas hétérosexuel (pour une revue de la recherche sur la prévalence de l'homosexualité, voir Diamond, 1993; Michaels, 1997). Les Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle de Santé Canada (1994) suggèrent que les programmes d'éducation doivent traiter les besoins particuliers de tous les étudiants tels les homosexuels, les lesbiennes et les bisexuels. Les sondages de parents canadiens démontrent qu'ils veulent en majorité qu'on aborde l'orientation sexuelle dans les écoles (Lawlor & Purcell, 1988; Langille, Langille, Beazley & Doncaster, 1996; McKay, 1996; McKay, Pietrusiak & Holowaty, 1998). Aussi, les jeunes homosexuels, lesbiennes et bisexuels grandissent dans une culture hétérosexuelle sur le plan normatif, ce qui a comme résultat que ces jeunes ont beaucoup moins de chances d'accéder à de l'information spécifique concernant leur propre santé sexuelle, et ce particulièrement dans les communautés où l'homosexualité est à peu près invisible.

Fournir de l'information sur l'orientation sexuelle peut satisfaire les besoins en éducation en matière de santé sexuelle des étudiantes et étudiants homosexuels, lesbiennes et bisexuels tout en établissant la possibilité de discuter de sujets comme l'homophobie et la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle. Sujet sensible, l'orientation sexuelle doit faire l'objet pour les éducateurs en santé sexuelle d'une reconnaissance et d'un respect à l'égard de la diversité sexuelle, tout en maintenant le principe démocratique de non-discrimination et d'accès à une éducation pertinente pour tous. (pour en discuter davantage, voir McKay & Barrett, 1994; McKay, 1998).

## **L'éducation en matière de santé sexuelle devrait-elle enseigner l'abstinence aux jeunes?**

Le fait de retarder le premier rapport sexuel peut être un bon moyen pour les adolescents d'éviter les grossesses non désirées et les MTS. Les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle devraient fournir aux élèves de l'information conforme aux faits et pertinente au sujet des avantages de retarder les premiers rapports sexuels. L'éducation en matière de santé sexuelle doit aussi aider les adolescents à développer les compétences en communication et en comportement qui appuieront leur décision de ne pas avoir de rapports sexuels. Bien que l'évaluation des programmes d'éducation en matière de santé sexuelle suggère clairement que prôner uniquement l'abstinence échoue (voir plus loin), on a prouvé que les programmes qui visent à retarder les premiers rapports, au sein d'un curriculum élargi qui couvre aussi la sexualité à risques réduits et la contraception, peut aider des adolescents à retarder leur premier rapport (p. ex., Jemmott, Jemmott & Fong, 1998; Kirby, Barth, Leland, & Fetro, 1991). Enseigner aux jeunes comment retarder leur première expérience sexuelle constitue une importante composante de l'éducation générale en matière de santé sexuelle; il faut cependant y ajouter l'information, la motivation et les compétences de comportement qu'il leur faudra posséder, une fois qu'ils seront devenus sexuellement actifs, par rapport à la pratique continue de la contraception et de la sexualité à risque réduit (Santé Canada, 1994; Kirby et coll., 1994).

## **L'éducation en matière de santé sexuelle devrait-elle se limiter à l'abstinence?**

Les prétendus programmes d'éducation en matière de santé sexuelle limités à l'abstinence sont parfois mis de l'avant comme solution aux grossesses et aux infections dues aux MTS des adolescents. Parmi les programmes les plus discutés d'abstinence seulement, on compte *Sex Respect* et *Teen-Aid*. Toutefois, ces programmes ont des défauts fort clairs à bien des points de vue.

La plupart des définitions d'éducation en matière de santé sexuelle contiennent, implicitement ou explicitement, des attentes à l'effet que les étudiants devraient développer la connaissance, la motivation, le savoir-faire et l'éveil, doublés de sens critique, pour éviter les problèmes sexuels et améliorer la santé sexuelle (Santé Canada, 1994). Cette définition et ces attentes supposent que l'éducation que l'on donne en matière de santé sexuelle doit s'appuyer sur des recherches et des résultats solides. Des approches différentes en éducation en matière de santé sexuelle sont soumises, de plus en plus, à des évaluations sérieuses par la communauté scientifique afin de déterminer quels sont les types d'interventions qui ont le plus d'effet dans des cadres différents. Bien que des individus et des organisations aient affirmé l'efficacité de l'éducation en matière de santé sexuelle qui prône uniquement l'abstinence, on ne trouve dans la documentation évaluée par les pairs aucune trace de preuve. En d'autres mots, la bibliographie ne comporte aucun cas de programme, qui ait été évalué, d'éducation en matière de santé sexuelle basée sur uniquement l'abstinence et qui ait amené les étudiants à retarder pour une bonne période les rapports sexuels en comparaison aux étudiants qui n'ont pas reçu ce genre d'éducation. Des programmes comme *Sex Respect* et *Teen-Aid* n'ont pas réussi à démontrer de changement de comportement sexuel chez l'adolescent. (Pour une revue de la documentation en évaluation de l'éducation en matière de santé sexuelle, voir Brown & Eisenberg, 1995; Kirby et coll., 1994; Kirby, 2000). Une évaluation récente, menée sur une grande échelle, du curriculum de Postponing Sexual Involvement (retarder l'activité sexuelle) a démontré que, comparés à un groupe de contrôle, les jeunes du programme n'étaient pas moins susceptibles d'avoir des rapports sexuels et n'étaient pas moins susceptibles aux MTS ou à une grossesse non désirée (Kirby, Korpi, Barth & Cagampang, 1997). Une autre évaluation récente d'un programme de prévention du VIH à base d'abstinence pour les jeunes adolescents a démontré que le groupe participant, en comparaison au groupe de contrôle, avait bien diminué ses rapports sexuels durant les 3 premiers mois suivant l'intervention; cependant, 6 ou 12 mois plus tard, on ne notait plus de différence statistique significative entre les deux groupes (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1998). D'autres évaluations et études ont trouvé que les interventions d'abstinence seulement ont peu diminué le comportement sexuel (Christopher & Roosa, 1990; Denney, Young & Spear,

1999; Roosa & Christopher, 1990; Thomas, 2000). En somme, on reconnaît l'importance de l'objectif de certains programmes d'éducation en matière de santé sexuelle de doter les jeunes de l'information, de la motivation et des compétences pour s'abstenir de rapports sexuels; cependant, on possède les preuves claires de l'abstinence seule comme façon d'aborder l'éducation en matière de santé sexuelle pour les adolescents.

Une éducation efficace en matière de santé sexuelle doit préparer les jeunes pour le présent et pour l'avenir. Environ 75 % des jeunes Canadiens et Canadiennes ont leur première expérience sexuelle entre 16 et 19 ans. Les données tirées d'une étude de 1995 du Moniteur de Santé Canada ont révélé que 96 % des hommes et 91 % des femmes ont leur première expérience sexuelle avant l'âge de 25 ans. (Pour une revue compréhensive des données scientifiques sur l'âge de la première relation sexuelle au Canada, voir Maticka-Tyndale, 1997; voir aussi McCreary Centre Society, 1999; Thomas, DiCenso & Griffith, 1998). Les éducateurs en santé sexuelle ont le devoir de satisfaire les besoins en éducation en matière de santé sexuelle de tous leurs étudiants, y compris ceux qui ont choisi ou s'appêtent à choisir de devenir actifs sur le plan sexuel. L'éducation en matière de santé sexuelle fondée uniquement sur l'abstinence est insuffisante parce qu'elle ne fournit pas aux étudiants qui choisissent l'activité sexuelle à ce moment-là, ou plus tard, l'information et les compétences nécessaires pour réduire les risques de l'activité sexuelle.

### **Quels sont les types d'éducation en matière de santé sexuelle les plus aptes à aider les adolescents à se protéger contre la grossesse non désirée et les MTS?**

Depuis 20 ans, une somme importante de recherche scientifique a cherché à identifier les éléments clés d'une éducation efficace en matière de santé sexuelle. En ce qui a trait à la prévention de la grossesse, du VIH/sida et des MTS, l'approche la plus efficace se précise davantage.

1. Les programmes efficaces de prévention se concentrent manifestement sur la réduction de comportements sexuels à risque; procurent de l'information directement pertinente; donnent aux étudiants la possibilité de développer la motivation et la clairvoyance personnelle qui fera en sorte que cette information leur rendra service; et aidera les jeunes à mettre en valeur les compétences de comportement requises pour une bonne santé (Fisher & Fisher, 1998; Santé Canada, 1994; Kirby et coll., 1994; Kirby, 2000).
2. Les programmes de prévention efficaces procurent aux jeunes l'information, la motivation et les compétences de comportement qui les aideront à retarder les premiers rapports sexuels et à prendre de façon constante des mesures adéquates de contraception et d'usage de condoms lorsqu'ils commenceront les rapports sexuels. La recherche démontre sans exception que les programmes bien conçus qui font appel à cette démarche à deux composantes sont efficaces, aussi bien pour retarder les premiers rapports sexuels que pour augmenter l'utilisation de la contraception et des condoms par ceux qui sont actifs sexuellement (Brown & Eisenberg, 1995; Frost & Darroch Forrest, 1995; Kirby et coll., 1994; Kirby, 2000). Une revue de 47 études effectuée par l'Organisation mondiale de la santé a conclu que les programmes les plus efficaces pour réduire les comportements sexuels à risque chez les adolescents sont ceux qui visent à retarder les premiers rapports sexuels tout en fournissant l'information et les compétences requises pour la contraception et l'utilisation des condoms pour prévenir les MTS (Grunseit & Kippax, 1993; Grunseit et coll., 1997). Les auteurs de la revue la plus compréhensive des programmes d'éducation en matière de santé sexuelle ont conclu ce qui suit à partir de leurs constats :

Les programmes devraient aussi bien encourager les jeunes à remettre à plus tard les rapports sexuels qu'à utiliser des contraceptifs s'ils commencent à avoir de tels rapports. Les programmes devraient être adaptés à l'âge autant qu'à l'expérience. En d'autres termes, les programmes

destinés aux jeunes adolescents devraient viser à retarder les premières relations tandis que ceux visant les adolescents plus âgés devraient insister sur les condoms et d'autres moyens de contraception. (Kirby et coll., 1994, p.359).

Les revues récentes compréhensives de la documentation évaluée par les pairs supportent ces conclusions (Jemmott & Jemmott, 2000; Kirby, 2000).

### **Est-ce que l'enseignement aux adolescents de la contraception et de l'usage des condoms amène des rapports sexuels anticipés ou plus fréquents?**

La réponse à cette question est un **non** sans équivoque. Les recherches portant sur l'incidence de l'éducation en matière de santé sexuelle sur le comportement des adolescents concluent constamment que le fait de fournir de l'éducation sur la contraception et sur les condoms **ne mène pas** à des rapports anticipés ou plus fréquents (Frost & Darroch Forrest, 1995; Grunseit & Kippax, 1993; Grunseit et coll., 1997; Jemmott, Jemmott & Fong, 1998; Kirby, 2000; Ku, Sonnenstein & Pleck, 1992; Wellings et coll., 1995). Une méta-analyse des évaluations de programmes de prévention de la grossesse chez les jeunes adolescentes a démontré que ces programmes n'augmentent pas l'activité sexuelle; au contraire, ces programmes améliorent de façon significative le recours à la contraception par les adolescents sexuellement actifs et, en plus, les programmes accompagnés de la distribution de contraceptifs sont les plus performants (Franklin, Grant, Corcoran, O'Dell Miller & Bultman, 1997).

### **Quelle est la conséquence de rendre les condoms accessibles aux adolescents?**

Les résultats de la recherche ont clairement établi que la promotion et la distribution de condoms aux adolescents **n'augmente pas** leur activité sexuelle, tandis que cette distribution augmente considérablement l'utilisation du condom par les adolescents actifs sur le plan sexuel (Guttmacher et coll., 1997; Schuster, Bell, Berry & Kanouse, 1998; Sellors, McGraw & McKinlay, 1994). Les programmes de disponibilité de condoms peuvent affecter particulièrement les jeunes hommes. Une étude sur l'impact d'un programme d'école secondaire de fourniture de condoms a conclu que le programme **n'avait pas** augmenté l'activité sexuelle des adolescents; cependant, le pourcentage des jeunes adolescents utilisant le condom tout le temps était passé de 37 % à 50 %, une année après le commencement du programme. De plus, le pourcentage de jeunes hommes qui ont rapporté avoir eu recours au condom lors de leur premier rapport sexuel a augmenté de 65 % à 80 % (Schuster, Bell, Berry & Kanouse, 1998).

### **Que dire aux jeunes au sujet de l'efficacité des condoms pour prévenir le VIH/SIDA et d'autres MTS?**

S'abstenir de toute activité sexuelle est la seule façon sûre d'éviter les infections dues aux MTS. Toutefois, les personnes qui sont déjà ou qui deviendront actives sexuellement devraient être fortement encouragées à utiliser le condom de latex de façon constante et efficace (voir Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, 1995; Centers for Disease Control, 1993). Un important corpus de recherche scientifique évaluée par les pairs a démontré clairement et sans équivoque que l'utilisation constante et efficace du condom de latex réduit considérablement le risque d'infection due au VIH et aux autres MTS.

**Études en laboratoire :** Plusieurs études en laboratoire ont démontré que les particules de VIH ne passent pas à travers les condoms de latex; de plus, s'il y a une fuite, cette dernière sera tellement minime qu'une infection résultant de cette fuite sera extraordinairement improbable. (Carey et coll., 1992; Conant et coll., 1986; Lytle et coll., 1992; Lytle et coll., 1997; Rietmeijer et coll., 1988; Van de Perre, Jacobs &

Sprecher-Goldberger, 1987). Par exemple, les résultats d'une étude effectuée pour le compte de la US Food and Drug Administration indiquent que toute personne qui utilise un condom de latex durant les rapports sexuels diminue par un facteur d'au moins 10 000 ses chances de contracter le VIH en comparaison d'une personne qui ne l'utilise pas (Carey et coll., 1992). Les études en laboratoire révèlent aussi que le condom de latex fournit une barrière imperméable au virus de l'hépatite B (Minuk et coll., 1986; Minuk et coll., 1987); au virus herpes simplex (Conant, Spicer & Smith, 1984; Judson et coll., 1983; Judson et coll., 1989; Minuk et coll., 1987; Smith et coll., 1981); contre *Neisseria gonorrhoeae* (Smith et coll., 1981); contre cytomegalovirus (Katznelson, Drew & Mintz, 1984; Minuk et coll., 1987); et enfin contre *Chlamydia trachomatis* (Judson et coll., 1983; Judson et coll., 1989).

**Études auprès de la population :** De nombreuses études auprès de la population ont examiné l'effet des condoms chez les couples dont un seul membre a le VIH. Ces études font voir l'une des deux situations suivantes : les couples qui utilisaient le condom avaient un taux de séroconversion très bas comparé aux couples qui ne l'utilisaient pas (Fisch et coll., 1987), ou bien le partenaire non infecté n'avait pas contracté l'infection dans le cas toujours des couples qui utilisaient le condom (De Vincenzi, 1994; Laurian, Peynet & Verroust, 1989). Par exemple, dans la plus importante étude du genre, 256 hommes et femmes infectés au VIH et leur partenaire hétérosexuel séronégatif ont été suivis pour déterminer l'efficacité du condom pour prévenir le VIH. Au cours de l'étude, 124 couples utilisaient le condom régulièrement, en ayant des relations sexuelles sûres 15 000 fois. Parmi les 124 couples aux pratiques sexuelles sûres constantes, aucun partenaire non infecté n'a contracté le VIH (De Vincenzi, 1994). Une revue plus récente de la recherche indique que les utilisateurs constants du condom sont de 10 à 20 fois moins aptes à contracter le virus que les utilisateurs non constants du condom (Pinkerton & Abramson, 1997).

Le condom ne fournit pas une protection à 100 % contre les MTS. Ceci pourrait être le cas surtout de MTS comme le virus à papillome humain et l'herpes où le condom pourrait bien ne pas prévenir le contact avec tous les tissus infectés. Cependant, il existe une preuve claire et sans équivoque sur le plan scientifique que le recours constant au condom de latex réduit de façon remarquable le risque d'infection due aux MTS. C'est le cas particulièrement du virus du VIH/SIDA. Les éducateurs en matière de santé sexuelle ont le devoir d'informer leurs étudiants et étudiantes des faits scientifiques concernant l'efficacité des condoms. Concernant le VIH/SIDA, la preuve scientifique incontournable démontre clairement que l'utilisation constante du condom peut sauver des vies et elle le fait. Ainsi, les éducateurs en matière de santé sexuelle ont le devoir d'encourager vigoureusement les personnes actives sur le plan sexuel à utiliser le condom.

**Note to editor: I have located the official HC document and have written the reference as per the HC publication. As far as I can determine, only the HC articles are available in French.**

## Références

Barrett, M. (1994). Sexuality education in Canadian schools: An overview in 1994. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 3, 199-208.

Brown, S., & Eisenberg, L. (eds.). (1995). *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Carey, R. et al. (1992). Effectiveness of latex condoms as a barrier to Human Immunodeficiency Virus-sized particles under conditions of simulated use. *Sexually Transmitted Diseases*, 19, 230.

Centers for Disease Control. (1993). Update: Barrier protection against HIV infection and other sexually transmitted diseases. *MMWR*, 42, 589-591,597.

Christopher, F. & Roosa, M. (1990). An evaluation of an adolescent pregnancy prevention program: Is "just say no" enough? *Family Relations*, 39, 68-72.

Conant, M. et al. ( 1986). Condoms prevent transmission of AIDS-associated retrovirus. [letter]. *Journal of the American Medical Association*, 255, 1706.

Conant, M., Spicer, D. & Smith, C. ( 1984 ). Herpes simplex virus transmission: Condom studies. *Sexually Transmitted Diseases*, 11, 94-95.

Denney, G., Young, M., & Spear, C.E. (1999). An evaluation of the Sex Can Wait Abstinence Education Series. *American Journal of Health Behaviour*, 23, 134-143.

De Vincenzi, I. ( 1994). A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *New England Journal of Medicine*, 331, 341-346.

Diamond, M. (1993). Homosexuality and bisexuality in different populations. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 291-310.

Dryburgh, H. (2000). Grossesse chez les adolescentes. *Rapports sur la santé*, 12, 9-21.

Fischl, M. et al. ( 1987). Evaluation of heterosexual partners, children, and household contacts of adults with AIDS. *Journal of the American Medical Association*, 257, 640-644.

Fisher, W.A., & Fisher, J.D. (1998). Understanding and Promoting Sexual and Reproductive Health Behaviour: Theory and Method. *Annual Review of Sex Research*, Vol. IX, 39-76.

Franklin, C., Grant, D., Corcoran, J., O'Dell Miller, P., & Bultman, L. (1997). Effectiveness of prevention programs for adolescent pregnancy: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 551-567.

Frost, J., & Darroch Forrest, J. (1995). Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs. *Family Planning Perspectives*, 27, 188-195.

Grunseit, A. et al. ( 1997). Sexuality education and young people' s sexual behavior: A review of studies. *Journal of Adolescent Research*, 12, 421-453.

Grunseit, A., & Kippax, S. ( 1993). *Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behavior*. Geneva: World Health Organization.

Guttmacher, S. et al. (1997). Condom availability in New York City public high schools: Relationships to condom use and sexual behavior . *American Journal of Public Health*, 87, 1427-1433.

Santé Canada. (1994). Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle. Ottawa. Santé Canada.

Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie . (1995). Lignes directrices canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies transmises sexuellement chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes. Relevé des maladies transmissibles au Canada (Supplément) Vol. 21S4.

Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie. (1999) Le VIH et le sida chez les adolescentes au Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida et MTS, mai 1999.

Santé Canada. (2000). Maladies transmissibles sexuellement (MTS) au Canada : Rapport de surveillance 1998 et 1999. Ottawa. Ontario. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada.

HKPR Health Unit. (1999). *Sexual Health Education Survey*, Port Hope, ON: Haliburton, Kawartha, Pine Ridge District Health Unit.

Jemmott, J.B., Jemmott, L.S., & Fong, G.T. (1998). Abstinence and safer sex HIV risk reduction interventions for African American adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American - Medical Association*, 279, 1529-1536.

Jemmott, J.B., & Jemmott, L.S.(2000). HIV behavioral interventions for adolescents in community settings. In J. Peterson & R. Diclemente (Eds.), *Handbook of HIV Prevention* (pp. 103-128). New York: Plenum Publishers.

Judson, F. et al. (1983). *In Vitro* tests demonstrate condoms provide an effective barrier against Chlamydia trachomatis and herpes simplex virus. Abstract 176 in *Program and Abstracts of the Fifth International Meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research*. Seattle: International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. p. 206.

Judson, F. et al. (1989). *In vitro* evaluations of condoms with and without nonoxynol 9 as a physical and chemical barrier against Chlamydia trachomatis, herpes simplex virus type 2, and human immunodeficiency virus. *Sexually Transmitted Diseases*, 16, 51-56.

Katznelson, S., Drew, W., & Mintz, L. (1984). Efficacy of the condom as a barrier to the transmission of cytomegalovirus. *Journal of Infectious Diseases*, 150, 155-157.

King, A. et al. (1988). *Canada Youth and AIDS Study*. Kingston, ON: Social Program Evaluation Group, Queen's University.

Kirby, D. (2000). School-based interventions to prevent unprotected sex and HIV among adolescents. In J. Peterson & R. Diclemente (Eds.), *Handbook of HIV Prevention* (pp. 83-97). New York: Plenum Publishers.

Kirby, D., Barth, R., Leland, N., & Fetro J. (1991). Reducing the risk: A new curriculum to prevent sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*, 23, 253-363.

Kirby, D. et al. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: A review of effectiveness. *Public Health Reports*, 109, 339-360.

Kirby, D., Korpi, M., Barth, R.P., & Cagampang, H.H. (1997). The impact of the postponing sexual involvement curriculum among youths in California. *Family Planning Perspectives*, 29, 100-108.

- Ku, L., Sonnenstein, F., & Pleck, H. (1992). The association of AIDS education with sexual behavior and condom use among teenage men. *Family Planning Perspectives*, 24, 100-106.
- Langille, D., Langille, D., Beazley, R., & Doncaster, H. (1996). *Amerst Parents' Attitudes Towards School-based Sexual Health Education*. Amerst, Nova Scotia: Amerst Initiative for Healthy Adolescent Sexuality.
- Laurian, Y., Peynet, J., & Verroust, F. (1989). HIV infection in sexual partners of HIV-seropositive patients with hemophilia. *New England Journal of Medicine*, 320, 13.
- Lawlor, W., & Purcell, L. (1988). *A Study of Values and Sex Education in Montreal Area English Secondary Schools*. Montreal, PQ: McGill University.
- Lytle, C., et al. (1992). Filtration sizes of human immunodeficiency virus type 1 and surrogate viruses used to test barrier materials. *Applied and Environmental Microbiology*, 58, 747-749.
- Lytle, C. et al. (1997). An *in vitro* evaluation of condoms as barriers to a small virus. *Sexually Transmitted Diseases*, 24, 161-164.
- Maticka-Tyndale, E. (1997). Reducing the incidence of sexually transmitted disease through behavioural and social change. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 6, 89-104.
- McCreary Centre Society. (1999). *Healthy Connections: Listening to BC Youth: Highlights from the Adolescent Health Survey II*. Burnaby, BC: The McCreary Centre Society.
- McKay, A., & Barrett, M. (1995). The Canadian Guidelines for Sexual Health Education: Issues related to interpretation and implementation. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 4, 61-73.
- McKay, A. (1998). *Sexual Ideology and Schooling: Towards Democratic Sexuality Education*. London, ON: The Althouse Press.
- McKay, A. (1996). Rural parents' attitudes toward school-based sexual health education. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 5, 15-24.
- McKay, A., & Holowaty, P. (1997). Sexual health education: A study of adolescents' opinions, self-perceived needs, and current and preferred sources of information. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 6, 29-38.
- McKay, A., Pietrusiak, M.A., & Holowaty, P. (1998). Parents' opinions and attitudes towards sexuality education in the schools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7, 139-146.
- Michaels, S. (1997). The prevalence of homosexuality in the United States, In R.P. Cabaj & T.S. Stein (Eds.), *Textbook of Homosexuality and Mental Health*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Minuk, G. et al. (1986). Condoms and hepatitis B virus infection. *Annals of Internal Medicine*, 104, 584.
- Minuk, G. et al. (1987). Efficacy of commercial condoms in the prevention of hepatitis B virus infection. *Gastroenterology*, 93, 710-714.

- Patrick, D. (1997). Chlamydia control: components of an effective control strategy to reduce the incidence of Chlamydia tracomatis. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 6, 143-150.
- Pinkerton, S., & Abramson, P. (1997). Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Social Science Medicine*, 44, 1303-1312.
- Rietmeijer, C. et al. (1988). Condoms as physical and chemical barriers against human immunodeficiency virus. *Journal of the American Medical Association*, 259,1851-1853.
- Roosa, M. & Christopher, F. (1990). Evaluation of an abstinence-only pregnancy prevention program: A replication. *Family Relations*, 39, 363-367.
- Schuster, M., Bell, R., Berry, S., & Kanouse, D. (1998). Impact of a high school condom availability program on sexual attitudes and behaviors. *Family Planning Perspectives*, 30, 67- 72.
- Sellers, D., McGraw, S., & McKinlay, J. (1994). Does the promotion and distribution of condoms increase teen sexual activity? Evidence from an HIV prevention program for latino youth. *American Journal of Public Health*, 84, 1952-1957.
- Smith, L. et al. (1981 ). Efficacy of condoms as barriers to HSV-2 and gonorrhea. Abstract 077. *Program and Abstracts of the First Sexually Transmitted Diseases World Congress*. San Juan, Puerto Rico, Congress of the Latin American Union Against Venereal Diseases.
- Thomas, M.H. (2000). Abstinence-based programs for prevention of adolescent pregnancies: A review. *Journal of Adolescent Health*, 26, 5-17.
- Thomas, B.H., DiCenso, A., & Griffith, L. ( 1998). Adolescent Sexual Behaviour: Results from an Ontario Sample. *Canadian Journal of Public Health*, 89, 90-93.
- Van de Perre, P., Jacobs, D., & Sprecher-Goldberger, S. ( 1987). The latex condom, an efficient barrier against sexual transmission of AIDS-related viruses. *AIDS*, 1, 49-52.
- Verby, C., & Herold, E. (1992). Parents and AIDS education. *AIDS Education and Prevention*, 4,187-196.
- Wellings, K. et al. ( 1995). Provision of sex education and early sexual experience: The relation examined. *British Medical Journal*, 311, 417-420.
- Zelnik, M., & Kim, Y. ( 1982). Sex education and its association with teenage activity, pregnancy, and contraceptive use. *Family Planning Perspectives*, 16, 117-126.