



SANTÉ SEXUELLE*

Lisa Hansen M.Sc., M.Sc.S.; Janice Mann M.D.; Tom Wong M.D. maîtrise en hygiène publique, FRCPC; Sharon McMahon M.A. (Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada)

Historique

Qu'est-ce que la santé sexuelle?

La santé sexuelle, loin d'être simplement l'absence de maladie ou d'anomalie, est une composante essentielle de la vie humaine. L'Organisation panaméricaine de la santé et l'Organisation mondiale de la Santé ont récemment défini la santé sexuelle comme étant « l'expérience du bien-être physique, psychologique et socio-culturel en relation avec la sexualité tout au long de la vie ». [1] Le *Compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génétique* de 1999 a permis de faire valoir, comme principe directeur que toutes les personnes étaient des êtres sexuels tout au long de leur vie; [2] il s'agit de l'approche générale adoptée ici pour considérer les questions liées à la santé sexuelle des Canadiennes.

La santé sexuelle tout au long de la vie

Le présent chapitre passe en revue certaines questions liées à la santé sexuelle des Canadiennes et des Canadiens à l'adolescence et plus tard dans leur vie. L'accent est porté sur les comportements, les connaissances et les besoins et comprend une révision des déterminants disponibles de leur santé sexuelle. L'interprétation et les limites de ces indicateurs font également l'objet d'une discussion et les problèmes de nature politique sont traités lorsque des questions particulières doivent être résolues. Des sujets connexes, comme les maladies transmises sexuellement, la santé pendant la maternité et la contraception sont présentés plus en détail ailleurs.

Méthodologie

Données

Les données nationales sur la santé sexuelle des Canadiennes et des Canadiens sont rares et il n'y a que peu d'options permettant l'analyse des tendances ou des comparaisons internationales. Les données nationales plus récentes sur la santé sexuelle et sur le comportement sexuel des Canadiennes et des Canadiens sont tirées du contenu optionnel sur le comportement sexuel du premier cycle (Cycle I.1) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'ESCC est une enquête transversale à passages répétés auprès des ménages qui remplace efficacement la composante transversale de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Pour obtenir de plus amples renseignements sur les méthodologies et le contenu de l'ESCC et de l'ENSP, nous prions les lecteurs de consulter le site Web de Statistique Canada à <<http://www.statcan.ca/francais/concepts/hs/index.htm>>.

* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institut canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



On a analysé les données transversales tirées du Cycle 1.1 de l'ESCC. Les données de ce rapport ont été obtenues auprès de personnes âgées de 15 à 59 ans au moment de la collecte de données, en 2000-2001, et elles ont été pondérées afin de représenter les contributions des répondants pour l'ensemble de la population, conformément à la stratégie intégrée de pondération de l'ESCC. [3]

Mesures

Le module optionnel du questionnaire intitulé Comportement sexuel a été utilisé dans 57 des 136 régions socio-sanitaires à l'échelle du pays, pour un échantillon total de 55 566. Ce module a été offert uniquement aux répondants âgés de 15 à 59 ans; par conséquent, les mesures du comportement sexuel ne sont pas représentatives à l'échelle nationale, mais elles couvrent un échantillon important de Canadiens et de Canadiennes âgés de 15 à 59 ans. Les lecteurs intéressés peuvent consulter le contenu de ce module sur le site Web de Statistique Canada <<http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/content.htm>>.

Résultats

Expérience sexuelle

Dans une analyse pondérée, 91,1 % des femmes âgées de 15 à 59 ans ont mentionné qu'elles avaient déjà eu des relations sexuelles. Chez les hommes, 89,5 % ont répondu qu'ils avaient déjà eu des relations sexuelles.

Début de l'activité sexuelle

L'âge au début de l'activité sexuelle est généralement mesuré comme étant l'âge lors des premiers rapports sexuels. Dans l'ESCC 1.1, le terme « rapport sexuel » n'a pas été défini pour les répondants, problème fréquent dans les sondages sur le comportement concernant l'activité sexuelle. L'âge lors du premier rapport sexuel est important sur le plan de la santé, puisqu'il indique qu'une personne pourrait devenir enceinte ou contracter une maladie transmise sexuellement. À l'échelle de la population, une moyenne d'âge plus jeune lors du premier rapport sexuel reflète des adolescents davantage actifs sexuellement et une période d'activité sexuelle plus longue avant d'entreprendre une relation durable. [4] Toutefois, la mesure du premier rapport sexuel suggère indûment que la vie sexuelle d'une personne commence au moment de la première pénétration. Cette définition implicite ou pratique du sexe limite également notre vision de l'activité sexuelle chez les homosexuels, les lesbiennes ou les femmes transgenreistes.

La moyenne d'âge lors du premier rapport sexuel chez les Canadiennes et les Canadiens qui ont répondu au module de l'ESCC sur le comportement sexuel était de 18,4 ans. Les répondants étaient considérablement plus jeunes que les répondantes (moyenne de 18,0 ans par rapport à 18,8 ans respectivement, $p < 0,001$). Toutefois, l'écart se voit considérablement diminué au moment d'évaluer l'âge des répondants lors du premier rapport sexuel selon leur groupe d'âge. Dans le groupe des plus jeunes (ceux âgés de 15 à 24 ans au moment de l'entrevue), la moyenne d'âge lors du premier rapport sexuel est de 16,7 ans pour les hommes et 16,8 ans pour les femmes (tableau 1).

Tableau 1 : Âge lors du premier rapport sexuel, selon le groupe d'âge

Âge au moment de l'entrevue	De 15 à 24 ans	De 25 à 34 ans	De 35 à 44 ans	De 45 à 59 ans
Moyenne d'âge lors du premier rapport sexuel (médiane)	16,8 (17,0)	17,9 (17,0)	18,7 (18,0)	19,2 (19,0)

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Il existe une corrélation faible mais importante entre l'âge des répondants et l'âge lors du premier rapport sexuel (rang de Spearman $r = 0,26$, $p < 0,001$). Ceci vient appuyer les conclusions de Maticka-Tyndale et de ses co-auteurs [4] tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996, à savoir que l'âge moyen lors du premier rapport sexuel a diminué de façon constante chez les jeunes Canadiennes et Canadiens. Dans une étude comparative de l'activité sexuelle effectuée dans cinq pays développés (Canada, États-Unis, France, Grande-Bretagne et Suède), on a observé que l'âge du début de l'activité sexuelle est relativement le même dans les cinq pays. [5]

Différence d'âge lors du premier rapport sexuel

Les sondages sur la santé de la population offrent peu de possibilités pour évaluer les déterminants sous-jacents de la santé sexuelle, mais certaines différences intrigantes quant au début de l'activité sexuelle s'avèrent manifestes chez les Canadiennes et les Canadiens.

Les répondants au module de l'ESCC sur le comportement sexuel, qui étaient d'origine canadienne, étaient considérablement plus jeunes lors de leur premier rapport sexuel que leurs acolytes qui étaient nés ailleurs (moyenne de 17,8 ans par rapport à 19,9 ans respectivement, $p < 0,001$). Les Canadiennes et les Canadiens qui considèrent leur origine culturelle et raciale comme étant « blanche » étaient également plus jeunes lors du premier rapport sexuel que ceux dont les origines culturelles et raciales étaient autres (moyenne de 17,9 ans par rapport à 20,3 ans respectivement, $p < 0,001$).

Tant chez les hommes que chez les femmes, ceux qui n'avaient pas complété leurs études secondaires étaient considérablement plus jeunes lors de leur premier rapport sexuel que ceux qui détenaient un diplôme d'études secondaires ou toute autre formation ou éducation postsecondaires (moyenne globale de 17,2 ans par rapport à 18,6 ans respectivement). L'incidence du revenu adéquat actuel des ménages sur l'âge lors du premier rapport sexuel n'est pas considérable dans l'ensemble, mais elle semble être plus marquée chez les femmes. En ce qui concerne les répondantes se classant dans les deux quantiles de revenu adéquat inférieur, l'âge moyen lors du premier rapport sexuel est de 17,4 ans, alors que les femmes classées dans les quantiles de revenu moyen à élevé présentent un âge moyen lors du premier rapport sexuel de 18,9 ans ($p < 0,001$). Comme Maticka-Tyndale et al. le remarquent dans leur analyse semblable à celle de l'ENSP de 1996, le revenu actuel des ménages et le niveau d'études peuvent avoir changé depuis le premier rapport sexuel. On ne peut donc pas nécessairement déduire une relation causale entre ces variables.

Comportement sexuel à risque

La version de 1998 des *Lignes directrices canadiennes pour les MTS* mentionne que les personnes qui ont eu, entre d'autres facteurs, plus de deux partenaires sexuels au cours des 12 mois précédents et qui n'utilisent pas de méthode de contraception risquent davantage de contracter des maladies transmises sexuellement (MTS). [6] Cette mesure du « risque » est arbitraire et est conçue pour une évaluation rapide des antécédents sexuels en clinique. Les sondages sur le comportement constituent un moyen essentiel pour comprendre les caractéristiques des populations à risque élevé de contracter des MTS, en offrant une perspective pour interpréter les tendances des MTS déclarées et à la planification et à l'évaluation des efforts de prévention.

Parmi les répondants au module sur le comportement sexuel de l'ESCC (Cycle 1.1), la grande majorité (89,3 %) avaient eu des rapports sexuels dans les 12 mois précédents, et la plupart d'entre eux (90,6 %) ont mentionné n'avoir eu qu'un seul partenaire. La proportion des hommes confirmant avoir eu deux partenaires ou plus au cours des 12 mois précédents était presque le double comparativement aux femmes (11,9 % par rapport à 6,0 %; $p < 0,001$). Toutefois, on remarque peu de différence quant à la proportion d'hommes par rapport à la proportion de femmes ayant utilisé de façon régulière des méthodes de contraception dans des relations à risque élevé. Parmi tous ceux qui avaient eu une ou plusieurs relations ayant duré moins de 12 mois au cours de l'année précédente, près de la moitié seulement (51,6 %) ont mentionné qu'ils utilisaient « toujours » un préservatif; 46,9 % du même groupe ont mentionné qu'ils avaient utilisé un préservatif la dernière fois qu'ils avaient eu des rapports sexuels.



Discussion

Le module sur le comportement sexuel de l'ESCC offre un aperçu précieux du comportement sexuel actuel des Canadiennes et des Canadiens. L'activité sexuelle diffère à plusieurs égards entre les hommes et les femmes, et entre les Canadiens de différentes origines et de différents statuts socio-économiques. Toutefois, comme le démontrent les résultats présentés ici, ces mesures du comportement ne sont qu'une mince partie de l'ensemble de la santé sexuelle et ne s'appliquent qu'à une population limitée, tant en termes d'âge que de région géographique.

Le Cycle 2.2 de l'ESCC est actuellement en cours. Le cycle comportera un contenu commun plus détaillé sur la santé sexuelle, qui s'adressera à toutes les Canadiennes et à tous les Canadiens de 15 à 49 ans. Des questions importantes dans ce cycle sur l'orientation sexuelle, l'histoire des MTS et l'utilisation de contraceptifs s'avèreront fort précieuses afin de mieux évaluer la santé sexuelle des Canadiennes et des Canadiens. Les données nationales actuellement disponibles ne permettent pas d'évaluer la santé sexuelle ou le comportement des lesbiennes, des bisexuelles ou des femmes transgenreistes au Canada.

Les résultats de l'Étude sur la jeunesse, la santé sexuelle et le VIH/sida au Canada étaient à l'étape de la préparation au moment de la rédaction de ce chapitre. Il s'agit du premier sondage national sur les connaissances et le comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé sexuelle depuis l'Étude des jeunes Canadiens face au sida de 1988. D'autres instruments, y compris la surveillance sentinelle des populations à risque élevé à l'échelle nationale, sont actuellement en cours de développement. L'état des mesures de la santé sexuelle au Canada indique que des progrès sont réalisés afin de développer la portée et la qualité de l'information disponible pour orienter les ressources et modeler les politiques en matière de santé sexuelle au Canada.

D'autres sources d'information sur la santé sexuelle des Canadiennes ont permis de faire la lumière sur d'autres aspects de la santé sexuelle et de nous guider vers des lacunes importantes de notre compréhension de la santé sexuelle.

Le fondement de la santé sexuelle

Le contexte physique et social pour une santé sexuelle à long terme se prépare dès l'enfance grâce à des soins, une stimulation, une socialisation et une éducation appropriés. Ce fondement permet aux enfants de développer une perception positive de soi, favorisant ainsi la capacité de prendre des décisions de vie importantes et d'affronter les défis que leur lance la vie. Cela comprend le développement de la confiance et de l'intimité, qui à leur tour contribuent à des relations saines et satisfaisantes. [2] Bon nombre de recherches publiées sur les enfants et la santé sexuelle étaient axées sur l'abus sexuel contre les enfants plutôt que sur les avantages à long terme du développement sexuel sain, une lacune qui se traduit en l'absence de programmes et de politiques dans ce domaine.

L'identité sexuelle est une étape clé importante dans le développement sexuel de l'enfant et elle est déterminée fermement chez la plupart des enfants dès l'âge de 4 ans. [7] Les rôles assignés à chacun des sexes sont d'abord appris à la maison, où les parents exercent la plus forte influence, mais ce sont ensuite appuyés par les pairs et d'autres facteurs d'influence comme la télévision et les expériences scolaires. [8] Les attitudes et les croyances que les enfants acquièrent à propos des rôles assignés à chacun des deux sexes ont une incidence sur leurs attentes et leurs comportements, y compris leur comportement sexuel, tout au cours de leur vie. Toutefois, il existe quelques initiatives de promotion de la santé qui viennent appuyer l'acquisition par l'enfant de concepts du rôle assigné à chacun des sexes qui soient sains et impartiaux.

Adolescence

Définition

Puisque la période de l'adolescence est généralement le moment où commencent les activités sexuelles, les chercheurs en santé sexuelle ont accordé leur plus grande attention à cette période. Toutefois, on ne s'entend pas sur ce qui définit la sexualité adolescente et une certaine confusion plane quant aux concepts de la sexualité par rapport à l'activité sexuelle.

Au Canada, les taux nationaux des MTS et de grossesse chez les adolescentes sont souvent utilisés en tant qu'indicateurs de la santé sexuelle des adolescentes et des adolescents au Canada et à des fins de comparaison sur le plan international. [4] Toutefois, ces indices ne représentent qu'une fraction des questions pertinentes concernant la sexualité adolescente et ne constituent pas une approche globale comportementale, biologique et cognitive de la santé sexuelle chez les adolescents. Une étude [9] définit le développement sexuel sain d'une adolescente selon les termes suivants :

- L'adolescente a des sentiments positifs à propos de son corps et de ses changements physiques.
- Elle reconnaît ses sentiments de nature sexuelle dans une perspective positive.
- Elle s'engage dans des relations où les parties concernées assument la responsabilité de leurs comportements et tiennent compte des sentiments, des besoins et des désirs de l'autre.

Connaissances en matière de santé sexuelle

Les connaissances à propos de la santé sexuelle constituent un indicateur important du développement d'une sexualité saine chez l'adolescent, mais cette connaissance ne se traduit pas nécessairement en comportement. Elle s'avère plutôt nécessaire, sans toutefois être suffisante, au comportement sexuel sain des adolescents. [10] Par exemple, les adolescents peuvent savoir que les préservatifs les aideront à se protéger contre les grossesses non désirées et les MTS mais ils craignent de suggérer leur utilisation à leur partenaire, puisqu'ils sont d'avis que cela démontre un manque de confiance. Même s'ils amorcent une discussion sur l'utilisation du préservatif avec leur partenaire, ils peuvent ne pas être en mesure de négocier le sujet des préservatifs. Ils peuvent hésiter à acheter des préservatifs par crainte que quelqu'un l'apprenne ou convenablement par gêne. [9]

Langille et al. [10] ont interrogé des élèves de 14 à 19 ans dans une école secondaire de la Nouvelle-Écosse sur les connaissances, les attitudes et le comportement en matière de santé sexuelle. Les résultats ont démontré que les participants connaissaient bien la contraception et le VIH/sida, mais étaient moins familiers quant à d'autres domaines importants de la santé sexuelle. Les élèves surestimaient l'activité sexuelle de leurs pairs, ne connaissaient pas toujours les périodes les plus fertiles du cycle d'une femme, et 17 % croyaient qu'il n'était pas possible de devenir enceinte lors du premier rapport sexuel. Malgré une bonne connaissance du VIH/sida, leur connaissance de la chlamydia et des autres MTS était médiocre. Moins de la moitié savaient que la chlamydia pouvait être asymptomatique et un peu plus d'un quart reconnaissaient que la chlamydia était une maladie commune chez les adolescents. Cette inégalité des connaissances en santé sexuelle concernant le VIH/sida par rapport aux autres MTS soulève des préoccupations, puisque les adolescents sont beaucoup plus susceptibles de contracter une MTS autre que le VIH. [11] Ceci suggère également que les jeunes femmes pourraient ne pas être suffisamment conscientes de la menace que les MTS bactériennes représentent quant à leur santé sexuelle et génésique à long terme.

Langille et al. ont noté que, à l'exception des précisions concernant l'utilisation du préservatif, les femmes en savaient plus que les hommes, notamment, celles qui utilisent des contraceptifs oraux et celles qui ont commencé à être sexuellement actives plus tard. Toutefois, près de la moitié des femmes interrogées ne savaient pas qu'il n'était pas nécessaire d'obtenir la permission des parents pour obtenir une prescription de contraceptifs oraux. [10]



Un sondage quelque peu semblable a été fait auprès d'étudiants du secondaire du centre-ville de Toronto par Dell et al.; ce sondage était axé sur le papillomavirus et d'autres connaissances concernant la santé sexuelle. Bien que le papillomavirus soit considéré comme étant la maladie transmise sexuellement la plus commune en Amérique du Nord, la grande majorité des élèves interrogés (87 %) n'avaient jamais entendu parler de ce virus. Il semble, avec raison, que les femmes aient une meilleure connaissance de la colpocytologie que les hommes, mais seulement 39 % des femmes actives sexuellement savent à qui ce test convient. À nouveau, les hommes comme les femmes présentaient une plus grande connaissance du VIH que des autres MTS, et avaient tendance à surestimer la prévalence du VIH et à sous-estimer la prévalence des MTS plus communes comme le papillomavirus et la chlamydia. [29]

Les résultats de ces études rejoignent ceux d'études effectuées dans d'autres pays. Les adolescents australiens et norvégiens ont également démontré un manque de connaissance sur la chlamydia. Les adolescentes en Californie et en Nouvelle-Écosse en savaient davantage que leurs homologues masculins. [10] Une étude britannique a également conclu que des niveaux de connaissance plus élevés en matière de sexualité étaient associés à une amorce plus tardive de l'activité sexuelle [12]. Cette association, peut-être plus que toute autre, souligne l'importance d'une politique détaillée sur l'éducation en matière de santé sexuelle et réfute les principaux préceptes de l'enseignement de la santé sexuelle axée sur l'abstinence. Des choix responsables et éclairés concernant l'engagement dans une relation sexuelle et l'utilisation d'un moyen de protection approprié sont mieux appuyés lorsque les enfants et les adolescents ont accès à des renseignements complets et précis.

Attitudes sexuelles et communication

Au cours des dernières décennies, les Canadiennes et les Canadiens sont devenus de plus en plus à l'aise avec les questions liées à la sexualité et au comportement sexuel, et reconnaissent l'importance de l'éducation de la santé sexuelle chez les adolescents et l'accès aux services. [13]

Une des principales sources d'information sur les questions relatives à la santé sexuelle pour les jeunes Canadiennes et Canadiens est la famille. [13] Dans une étude canadienne à grande échelle, 59 % des adolescentes ont mentionné qu'elles pouvaient parler à leur mère et 26 % pouvaient parler à leur père de sexe; 38 % des adolescents sentaient qu'ils pouvaient discuter de questions d'ordre sexuel avec leur mère et 41 % croyaient qu'ils pouvaient le faire avec leur père. [14] Dans l'*Étude sur les jeunes Canadiens face au sida* de 1988, on a demandé aux adolescents quelles étaient leurs sources d'information favorites et actuelles sur le sexe et la contraception. La famille et l'école étaient fréquemment les deux premiers choix parmi l'ensemble des groupes d'âge. Les adolescents plus âgés ont également mentionné les amis comme source d'information de plus en plus populaire en ce qui concerne le sexe. [15]

La possibilité de discuter de sexe avec des partenaires potentiels et actuels est importante pour les adolescents. L'*Étude sur les jeunes Canadiens face au sida* a démontré que 81 % des jeunes élèves ont mentionné qu'ils discuteraient avec un partenaire sexuel de l'utilisation d'un préservatif. [15] Il est difficile d'évaluer si ce pourcentage est aussi élevé en pratique. Bien que la discussion avec un partenaire de l'utilisation du préservatif constitue une première étape importante, cela ne se traduit pas nécessairement en l'utilisation régulière du préservatif.

Risque et précautions

Le contexte dans lequel le comportement sexuel adolescent est souvent différent pour les hommes et les femmes. Les hommes ont plus tendance à affirmer que leurs relations sexuelles sont « occasionnelles » et sont plus susceptibles d'anticiper la possibilité de relations sexuelles avec un partenaire à l'avance. Les adolescents ont moins tendance à affirmer qu'ils ressentent du remord ou de la culpabilité quant à leurs activités et leurs expériences sexuelles. [11] Le comportement sexuel des adolescents est complexe, puisqu'il est influencé par les hormones, le désir, la pression par les pairs et le besoin d'être accepté, la famille et les valeurs personnelles, les médias et d'autres facteurs. [12]

Le fait d'avoir plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois est considéré comme un comportement au grand risque et de façon générale, [5] il s'agit d'un comportement qui diminue avec l'âge. [13] La recherche indique que les adolescents et les jeunes adultes d'aujourd'hui ont eu plus de partenaires occasionnels et à court terme que leurs homologues des générations précédentes, d'où un nombre de partenaires sexuels plus important dans l'ensemble. [13] Les adolescents au Canada (ainsi qu'en France et en Grande-Bretagne) sont plus susceptibles que les adolescentes d'avoir eu plusieurs partenaires au cours de l'année dernière : 38,1 % des Canadiens actifs sexuellement de 18 à 19 ans par rapport à 23,5 % des Canadiennes de 18 à 19 ans, selon une étude. [5] Les nombres correspondants pour les deux sexes en France étaient considérablement moins élevés, mais considérablement plus élevés aux États-Unis et en Suède. [5]

L'utilisation du préservatif et de contraceptifs constitue un comportement de protection important pour les adolescents sexuellement actifs. Dans l'ESCC (Cycle 1.1), 49,9 % des adolescents de 15 à 19 ans qui avaient eu une ou plusieurs relations sexuelles à court terme au cours de l'année dernière ont affirmé qu'ils avaient « toujours » utilisé un préservatif. [3] Une estimation du taux de non-utilisation de tout type de contraception par les adolescents canadiens sexuellement actifs de 15 à 19 ans était de 15 % pour les femmes et 9 % pour les hommes. [9] Les taux de non-utilisation de toute méthode contraceptive lors du dernier rapport sexuel étaient de 20 % aux États-Unis, de 4 % à 7 % en Suède et en Grande-Bretagne et de 12 % en France. [5]

Certains adolescents ne sont peut-être pas assez mûrs pour comprendre les conséquences à long terme de leurs actes et peuvent ne pas être en mesure de concevoir qu'une relation sexuelle non protégée pourrait affecter gravement leur vie à l'avenir. [16] Une grossesse non désirée est une conséquence possible d'une relation sexuelle non protégée. Bien que l'on ait observé en 1997 une diminution globale des grossesses chez les adolescentes au Canada, on estime que 19 724 femmes de 15 à 20 ans ont donné naissance à un enfant et un nombre quelque peu plus élevé (21 233) dans ce même groupe d'âge ont subi un avortement. [17]

Le taux de grossesse chez les adolescentes au Canada est considéré comme étant moyen comparativement aux autres pays occidentaux industrialisés. [17] Une étude démontre que le taux de grossesse chez les adolescentes (la proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant eu un enfant avant l'âge de 20 ans) est de 11 %, comparativement aux États-Unis (22 %), la Grande-Bretagne (15 %), la France (6 %) et la Suède (4 %). [5] La même étude indique un taux de naissance par millier de femmes âgées de 15 à 19 ans au Canada de 24,5 (en 1995) comparativement à 7,8 en Suède (données de 1996) et à 54,4 aux États-Unis (données de 1996). Les femmes de 15 à 19 ans aux États-Unis présentent le plus haut taux de grossesse dans l'ensemble (83,6/1 000) et les adolescentes suédoises le plus faible (25,0/1 000). Le taux d'avortement (nombre d'avortements par 100 grossesses) était à l'inverse : il est le plus élevé en Suède et le moins élevé aux États-Unis. [5] De toute évidence, la grossesse a une incidence sur la vie des femmes beaucoup plus que sur la vie des hommes, puisque les répercussions à long terme sont considérables sur la santé, tant pour les mères que pour les bébés, sur le statut socio-économique et sur les perspectives d'emploi.

Les MTS sont une autre conséquence négative des relations sexuelles non protégées chez les adolescents qui sont affectés de façon inégale par ces infections. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne la chlamydia, le taux de cette maladie au Canada étant le plus élevé chez les 15 à 24 ans. Les jeunes femmes peuvent être davantage à risque que les hommes en raison de leurs différences physiologiques, qui accroissent la vulnérabilité à certaines MTS. Les Canadiennes de 15 à 24 ans ont un taux de chlamydia signalé neuf fois plus élevé que la moyenne nationale. [18] La chlamydia et les autres MTS peuvent avoir des conséquences graves à long terme pour les femmes, comme les infections pelviennes, les grossesses ectopiques et l'infertilité. [4] Une révision plus détaillée des MTS et des limites des données de la surveillance est présentée dans un autre chapitre.



La santé sexuelle à long terme

Pour la plupart des femmes et des hommes, des changements dans la fonction sexuelle se produisent vers le milieu de la vie et tout au long des décennies subséquentes, conséquence normale du vieillissement. Les dispensateurs de soins de santé et les adultes sexuellement actifs devraient reconnaître le fait que, tant que les personnes maintiennent une bonne santé globale, le vieillissement normal ne compromettra pas le fonctionnement sexuel. [19]

Une des conséquences de la médicalisation de la santé sexuelle chez les adultes plus âgés est que l'industrie pharmaceutique est une source importante d'information sur l'activité sexuelle chez les Canadiennes et les Canadiens plus âgés. Malgré le fait qu'elle soit axée sur les rapports sexuels, l'enquête menée par Pfizer Inc., fabricant de Viagra^{MD}, indique que l'intérêt pour l'expression sexuelle ne diminue pas nécessairement avec l'âge. Les résultats d'une étude globale des attitudes et des comportements sexuels a démontré que des 1 000 Canadiennes et Canadiens âgés entre 40 et 80 ans, 73 % étaient actifs sexuellement (définis comme ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédents), la plupart de ces personnes (68 %) ont mentionné qu'ils avaient des rapports sexuels plus d'une fois par semaine. La grande majorité, 94 %, ont exprimé une satisfaction émotionnelle et 91 % ont exprimé une satisfaction physique dans leurs relations. Il n'est pas surprenant qu'une satisfaction émotionnelle et sexuelle plus élevée ait été associée positivement à une bonne santé globale. Les Canadiennes et les Canadiens étaient les moins susceptibles de l'ensemble des 28 pays ayant participé au sondage global d'être d'accord avec l'énoncé suivant : « les personnes plus âgées ne désirent plus avoir de relations sexuelles ». [20] L'activité sexuelle dans ce sondage et dans la plupart de la documentation sur le sujet est définie exclusivement comme étant un rapport sexuel, il est donc raisonnable de supposer que plusieurs estimations seraient encore plus élevées si les relations sans copulation, les fantasmes et la masturbation étaient considérées dans la définition de « actif sexuellement ». [21]

Trois changements de base liés à l'âge concernant la fonction sexuelle de la femme ont été décrits dans la documentation médicale et psychologique. Ces changements comprennent un désir moindre, une diminution de la réceptivité sexuelle et la dyspareunie (douleur génitale récurrente associée à l'activité sexuelle). [22, 23] Bien que les diagnostics cliniques de dysfonction sexuelle soient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, il n'existe actuellement aucun traitement offert précisément pour les problèmes sexuels des femmes plus âgées. [24] Les études axées sur la population plutôt que celles axées sur les patients révèlent plus précisément des différences entre les deux sexes : les hommes plus âgés sont plus susceptibles d'affirmer qu'ils ont cessé d'avoir des relations sexuelles parce qu'ils ne sont pas en mesure de performer à cet égard, mais les femmes ont plus tendance à affirmer qu'elles ont cessé l'activité sexuelle en raison du décès de leur partenaire ou d'une maladie de ce dernier ou de l'incapacité de leur partenaire à performer sur le plan sexuel. [25]

Tant pour les hommes que pour les femmes, les niveaux de testostérone commencent à diminuer dans la cinquantaine, donnant souvent lieu à un désir sexuel moindre. [26] La perte de désir est l'un des problèmes les plus fréquemment présentés quant à la sexualité féminine et celui-ci est particulièrement difficile à traiter puisque le « désir » est un phénomène tant psychologique que physique. [22] La perte de désir est associée à une diminution de la réceptivité sexuelle, et en est souvent la conséquence. La diminution du taux d'œstrogènes après la ménopause a une incidence sur les cellules sensibles à l'œstrogène dans l'ensemble du système nerveux. Sans des niveaux adéquats d'œstrogènes circulant dans le corps, la réponse sexuelle psychologique et physiologique peut être affectée. La circulation du sang aux tissus vaginaux et génitaux et la stimulation sensorielle sont directement affectées par la diminution des niveaux d'œstrogènes. [27] Ces changements peuvent produire une sécheresse vaginale et des douleurs récurrentes lors des rapports sexuels. La dyspareunie est l'une des principales indications exigeant l'hormonothérapie, mais d'autres options, y compris la simple utilisation d'un lubrifiant supplémentaire ou la prolongation des préliminaires peuvent s'avérer suffisantes pour certaines femmes. [19]

Les facteurs psychologiques culturels et personnels, ainsi que les changements biologiques, contribuent aux changements du fonctionnement sexuel avec l'âge. Le fait de comprendre les changements normaux liés à l'âge est important; toutefois, le modèle médical de la sexualité a tendance à mettre l'accent sur les aspects mécaniques et négatifs et accorde une attention insuffisante aux sentiments sous-jacents associés à la sexualité.

Les femmes sont peut-être plus susceptibles de changer l'image sexuelle qu'elles ont d'elles-mêmes au cours de leur cycle de vie. La sexualité joue un rôle plus important chez la jeune adulte et a tendance à être associée à la fertilité et à la beauté physique. À mesure que les femmes vieillissent, non seulement elles ont tendance à moins se percevoir comme étant conventionnellement attirantes sexuellement, mais elles sont également davantage susceptibles d'adopter des rôles plus sociaux dont la priorité est plus élevée que le rôle sexuel. Lorsqu'une femme devient mère, professionnelle, amie, femme au foyer, le rôle et le temps accordés aux activités sexuelles diminuent. [22] De plus, des changements à l'image de soi sont étroitement liés à la notion que les femmes, les grands-mères et les dames d'un certain âge ne sont pas des êtres sexuels. [28]

Conclusions

Limites des données

Le développement sexuel chez l'enfant est un domaine où l'on observe des lacunes importantes sur le plan de la recherche. L'étude internationale *Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire*, par exemple, à laquelle le Canada participe actuellement, étudie les enfants canadiens de la 6^e à la 10^e année. Toutefois, le Canada n'a inclus aucun contenu sur le comportement sexuel dans le questionnaire de 1997-1998. De plus, en 2001-2002, les questions sur le comportement sexuel ont seulement été posées aux répondants de 9^e et de 10^e années. On hésite beaucoup à poser des questions concernant les attitudes ou les connaissances sexuelles aux enfants plus jeunes en raison d'inquiétudes quant à la crédibilité des réponses et au besoin d'obtenir l'approbation des parents ou de la commission scolaire. Les parents, les professeurs et les professionnels de la santé peuvent être gênés ou mal à l'aise à aborder la sexualité chez les enfants; d'autres pourraient sous-estimer les capacités des pré-adolescents à comprendre et à profiter de la promotion d'une sexualité saine chez les enfants.

Bien que l'adolescence ait fait l'objet de recherches approfondies en ce qui concerne les grossesses non prévues, l'utilisation de contraceptifs et les MTS, le comportement sexuel et les connaissances sexuelles n'ont pas reçu le même niveau d'attention. Quant aux adultes, plusieurs des ressources orientées sur la santé sexuelle sont axées sur les dysfonctions sexuelles de nature physiologique plutôt que sur les aspects psychologiques du vieillissement et de la sexualité. L'ensemble du spectre de l'expression sexuelle, de la masturbation, le fantasme et l'identité sexuelle jusqu'aux relations entre même sexe n'a pas été abordé en détail dans les recherches ou les instruments de surveillance. La santé sexuelle continue d'être perçue comme un concept biomédical plutôt qu'un aspect intégral du bien-être dans son ensemble.

Répercussions sur le plan politique et recommandations

Dans tous les groupes d'âge, on semble remarquer une tendance à se concentrer sur les aspects négatifs de la sexualité, comme les MTS ou les grossesses non désirées. Bien que ces aspects soient importants, ceci ne doit pas gêner l'exploration et le soutien de plusieurs aspects positifs de la sexualité à tous les âges. Les indicateurs de différence clés en ce qui concerne le comportement sexuel chez les Canadiennes et les Canadiens portent à croire qu'une approche universelle à l'éducation et à la promotion de la santé sexuelle n'est pas adéquate et ne connaîtra probablement pas de succès.

Les soins, l'éducation et les connaissances en matière de santé sexuelle sont importants non seulement pour les femmes en âge de procréer mais également pour toutes les Canadiennes et les Canadiens à toutes les étapes de leur vie. Ce concept doit être considéré lorsque l'on alloue des ressources et lorsque l'on planifie les recherches et les programmes éventuels.



Si l'on tente de déterminer les indicateurs clés et les comparaisons, il devient évident que des mesures cohérentes de la santé sexuelle chez les Canadiennes et les Canadiens ne se sont pas avérées efficaces et on commence tout juste à combler cette lacune. Parallèlement à une approche large et à long terme à la santé sexuelle, nos recommandations comprennent une plus grande attention au continuum de l'activité et de l'expression sexuelles. Plutôt que de restreindre les enquêtes aux rapports sexuels et à ses séquelles, il faut aborder la santé sexuelle dans le contexte des relations, des stratégies de communication ainsi que des attitudes et de la connaissance, ce qui permettrait de promouvoir une compréhension plus approfondie de ce que constitue une sexualité saine ainsi que les changements structurels aux politiques nécessaires à cette fin.

Références

1. Pan American Health Organization; World Health Organization. *Promotion of sexual health: recommendations for action*. 2000.
2. Santé Canada. *Compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* Ottawa : Santé Canada, 1999.
3. Beland Y. Canadian Community Health Survey—methodological overview. *Health Rep* 2002;13(3).
4. Maticka-Tyndale E, Barrett M, McKay A. Adolescent sexual and reproductive health in Canada: a review of national data sources and their limitations. *Can J Human Sexuality* 2000;9:41-65.
5. Darroch JE, Singh S, Frost JJ. Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual activity and contraceptive use. *Family Planning Perspectives* 2001;33:244-50,281.
6. Santé Canada. *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*. Ottawa : Santé Canada, 1998.
7. Bolan GA, Ehrhardt AA, Wasserheit JN. Gender perspectives and STDs. In Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, Lemon SM, Stamm WE, Piot P et al. (eds). *Sexually transmitted diseases*. New York: McGraw-Hill, 1999: 117-27.
8. Witt SD. Parental influence on children's socialization to gender roles. *Adolescence* 1997;32:253-9.
9. Blythe MJ, Rosenthal SL. Female adolescent sexuality. Promoting healthy sexual development. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000;27:125-41.
10. Langille DB, Andreou P, Beazley RP, Delaney ME. Sexual health knowledge of students at a high school in Nova Scotia. *Can J Public Health* 1998;89:85-9.
11. Herold ES. Teenage sexuality and sexual health. *Can J Public Health* 1994;85:223-6.
12. Kirby D. Sex and HIV/AIDS education in schools. *BMJ* 1995;311:403.
13. Maticka-Tyndale E, McKay A, Barrett M. *Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries: country report for Canada*. Occasional Report No. 4. New York and Washington: The Alan Guttmacher Institute, 2001.
14. Warren WK, King AJC. Development and evaluation of an AIDS/STD/sexuality program for grade 9 students. Kingston, ON: Social Program Evaluation Group, Queen's University, 1994.
15. King AJC, Beazley RP, Warren WK, Hankins CA, Robertson AS, Radford JL. *Édute sur les jeunes canadiens face au sida*. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1988.
16. Brown RT. Adolescent sexuality at the dawn of the 21st century. *Adolesc Med* 2000;11:19-34.
17. Dryburgh H. Teenage pregnancy. *Health Rep* 2000;12(1).
18. Santé Canada. Maladies transmissibles sexuellement (MTS) au Canada : Rapport de surveillance 1998 et 1999. *RMTC* 2000;26S6.
19. Thienhaus OJ. Practical overview of sexual function and advancing age. *Geriatrics* 1988;43:63-7.
20. Pfizer Inc. *The Pfizer global study of sexual attitudes and behaviors*. 2002.
21. Meston CM. Aging and sexuality. *West J Med* 1997;167:285-90.
22. Butcher J. ABC of sexual health: female sexual problems I: loss of desire—what about the fun? *BMJ* 1999;318:41-3.



23. Butcher J. ABC of sexual health: female sexual problems II: sexual pain and sexual fears. *BMJ* 1999;318:110-2.
24. Bartlik B, Goldstein MZ. Maintaining sexual health after menopause. *Psychiatr Serv* 2000;51:751-3.
25. Avis NE. Sexual function and aging in men and women: community and population-based studies. *J Gen Specif Med* 2000;3:37-41.
26. Bartlik B, Goldstein MZ. Men's sexual health after midlife. *Psychiatr Serv* 2001;52:291-3,306.
27. Sarrel PM. Sexuality and menopause. *Obstet Gynecol* 1990;75:26S-30S.
28. Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *Soc Sci Med* 2003;56:1617-28.
29. Dell DL, Chen H, Ahmad F, Stewart DE. Knowledge about human papillomavirus among adolescents. *Obstet Gynecol.* 2000;96(1):653-6.