

Texte d'allocution d'Édith Guilbert M.D., M.Sc.

Commission de la culture et de l'éducation

Assemblée nationale du Québec

29 novembre 2010

Pourquoi réinstaurer des cours d'éducation à la sexualité dans les écoles du Québec ?

*Institut national
de santé publique*

Québec 

AUTEURE

Édith Guilbert M.D., M.Sc.

Médecin conseil

Direction du développement des individus et des communautés

Institut national de santé publique du Québec

Médecin clinicienne

Clinique de planification des naissances

Centre hospitalier universitaire de Québec

Professeur adjointe de clinique

Département d'obstétrique-gynécologie

Université Laval

Pourquoi réinstaurer des cours d'éducation à la sexualité dans les écoles du Québec?

Rappelons d'entrée de jeu que « *la sexualité humaine est multidimensionnelle. Elle implique les aspects affectifs par l'entremise des attitudes, des valeurs et des sentiments que l'on éprouve à l'égard de soi et d'autrui; elle se nourrit de connaissances, de façons de penser et de conceptions diverses. Elle repose sur la biologie, mais elle est largement tributaire de la société dans laquelle une personne évolue et qui influe sur la culture, les rapports entre groupes et entre individus, les aspects moraux et spirituels. Enfin, elle se traduit par des comportements qui, dans certains cas, peuvent mettre en péril l'intégrité physique et psychique des protagonistes. La globalité et la richesse de la sexualité appellent donc nécessairement à une bonne connaissance de soi et cela exige une démarche à la fois cognitive, réflexive et intégrative.* » (MEQ/MSSS, 2003)

Les enseignants et intervenants du milieu scolaire, des interlocuteurs significatifs

Bien que l'on s'entende pour dire que les parents sont les premiers éducateurs de leurs enfants, certains d'entre eux sont démunis face aux questions, commentaires et comportements de leurs jeunes en matière de sexualité. L'éducation à la sexualité les embarrasse; ils ont du mal à en parler simplement (Duquet F., 2003). Les jeunes, pour leur part, puisent principalement leurs informations sur la sexualité des médias et de leurs pairs dont ils admettent volontiers les lacunes (DiCenso A. et al, 2001). Les enseignants et autres intervenants du milieu scolaire sont, par ailleurs, des interlocuteurs significatifs auprès des jeunes. Ils sont bien placés pour transmettre la mission de l'école québécoise d'instruire, de socialiser et de qualifier les élèves (MEQ, 2006) et, s'ils sont bien formés, peuvent s'avérer des ressources précieuses en matière d'éducation à la sexualité.

L'éducation à la sexualité au service de l'apprentissage scolaire

« *La grande majorité des adultes présents dans une école ont à gérer quotidiennement des situations privées d'éducation sexuelle (chagrin d'amour de l'un; préoccupations quant à l'image corporelle de l'autre; harcèlement dans la cour d'école; dévoilement d'abus sexuel; jalousie; séduction plus ou moins ouverte entre élèves dans la classe; questions spontanées des plus jeunes élèves sur l'amour et la sexualité; etc.). L'école constitue bien plus qu'un lieu d'apprentissage, c'est un milieu de vie.* » (Duquet F., 2003). C'est donc dire que les interventions éducatives relatives à la sexualité peuvent être très à-propos pour répondre à des besoins de la vie scolaire. Elles peuvent, par leur potentiel de réduction des anxiétés des élèves et de résolution de problèmes, réduire l'impact négatif des situations difficiles sur les performances scolaires.

Des points communs entre l'apprentissage scolaire et l'éducation à la sexualité

Par ailleurs, l'éducation scolaire et l'éducation à la sexualité prennent leurs assises sur des déterminants communs comme l'estime de soi, l'affirmation de soi, la connaissance de soi, la résistance à la pression d'autrui, le développement de l'esprit critique, l'empathie, la compétence à résoudre des problèmes, le développement de compétences sociales. Ces déterminants sont aussi ceux que l'on retrouve à l'origine de plusieurs problématiques comme la violence dans les relations conjugales, les dépendances affectives et aux substances, les grossesses à l'adolescence, l'acquisition d'infections transmissibles sexuellement (ITS) à l'adolescence, les difficultés scolaires, l'abandon scolaire, etc.

(Breinbauer C, Maddaleno M, 2005). L'éducation à la sexualité peut donc être exploitée dans une vision intégrative et ainsi, participer à la mission de l'école.

L'Éducation à la sexualité incluse dans le Programme de formation de l'école québécoise

Le Programme de formation de l'école québécoise (PFÉQ) mentionne que « *tous les éléments [du programme] concourent à un même objectif qui est d'assurer au mieux le développement global de l'élève* » (MEQ, 2006). De plus, il énonce comme intention éducative de la section Santé et bien-être des Domaines généraux de formation que l'on doit « *amener l'élève à adopter une démarche réflexive dans le développement de saines habitudes de vie, du bien-être, de la sexualité et de la sécurité* » (MEQ, 2006). Cependant, aucune discipline formelle, ni périodes-classes prédéfinies, ni enseignant désigné n'encadre l'éducation à la sexualité dans le PFÉQ. Pour la rendre possible, l'éducation à la sexualité doit être cooptée par diverses disciplines, et ce, en fonction de leur proximité de contenu avec l'éducation à la sexualité (sciences et technologie, éducation physique et à la santé, éthique et culture religieuse, etc.) et surtout, selon sa priorisation par la direction d'école ou la commission scolaire, selon l'intérêt, l'expérience de l'enseignant, ou selon la disponibilité de ressources externes compétentes (infirmière scolaire, médecin de CSSS).

Plusieurs outils et activités disponibles pour dispenser l'éducation à la sexualité

Dans le cadre de l'Entente de complémentarité des services convenue entre le réseau de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux (MEQ/MSSS, 2003), de nombreux travaux ont été réalisés pour analyser les programmes éducatifs et souligner ceux qui sont efficaces et cohérents avec le PFÉQ (Roberge MC, et Choinière C, 2009). Certains programmes comme *ESPAR*, *Mon bien-être sexuel*, le *PEP* s'arriment avantageusement aux compétences transversales prescrites par le PFÉQ (*exploiter l'information, résoudre des problèmes, exercer son jugement critique, mettre en œuvre sa pensée créatrice, se donner des méthodes de travail efficaces, exploiter les technologies de l'information et de la communication, actualiser son potentiel, coopérer, communiquer de façon appropriée*). Des fiches éducatives, dont une traitant de Sexualité saine et responsable, ont été publiées (Palluy J, Arcand L, Choinière C, Martin C, Roberge M-C. 2010). De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à la disposition des enseignants de nombreuses situations d'apprentissage et d'évaluation (SAE) relatives à l'éducation à la sexualité sur son site Internet (MSSS – Documentation relative à la sexualité). Enfin, des travaux nationaux, régionaux et locaux, impliquant la collaboration des réseaux de l'éducation et de la santé, sont en chantier pour offrir du matériel adapté aux besoins des divers niveaux scolaires.

Ailleurs, dans le monde, les bienfaits de l'éducation à la sexualité sont reconnus

Les Pays-Bas sont un pays où l'éducation à la sexualité est donnée de façon adaptée et transversale, de la maternelle à l'université, et ce, depuis la fin des années 60'. La littérature scientifique s'accorde pour dire que cette éducation, couplée à une accessibilité élevée des méthodes de prévention, favorise les faibles incidences de plusieurs indices de santé liés à la sexualité dans ce pays (taux de grossesse à l'adolescence, taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG), taux d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)) (Figures 1, 2 et 3) (Advocates for Youth, 2009 ; Alan Guttmacher Institute, 2010 ; Statistiques Canada, 2010 ; McKay A, Barrett M., 2010 ; Rochon M., 2010 ; Blouin K., Parent R., 2010 ; Alan Guttmacher Institute, 2009 ; Jones RK, Zolna MRS, Henshaw SK, Finer LB., 2008 ; Sedgh G, Henshaw SK, Singh S, Bankole A, Drescher J., 2007).

Au Québec, des constats sérieux émergent

Lors d'une consultation menée sur la Côte-Nord en 2009-2010, auprès de plus d'une centaine d'intervenants du réseau de la santé, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a constaté que l'éducation à la sexualité, pour les jeunes de cette région, était déficiente. Sur presque tout le territoire (à l'exception d'un seul), l'éducation à la sexualité n'était pas considérée comme une priorité. Ainsi, les commissions scolaires, les directions d'écoles, voire les enseignants reléguaient l'éducation à la sexualité à quelques activités ponctuelles, souvent réalisées par les intervenants de la santé. Ces activités, tant au niveau primaire que secondaire, étaient parcellaires, non continues, non harmonisées entre elles, principalement d'ordre biomédicales, utilisant du matériel plus ou moins adapté et dépendaient essentiellement de la bonne volonté et de la motivation des professionnels. L'arrimage des secteurs scolaires et de la santé était quasi-inexistant, la communication entre les professionnels des deux réseaux était peu présente, parfois même chaotique et une confusion planait quant aux stratégies à suivre pour dispenser ce type d'éducation (PFÉQ versus approche *École en santé* ?). Enfin, certains parents et intervenants scolaires émettaient clairement des résistances.

Les résultats de cette consultation corroboraient ceux d'une étude provinciale, réalisée récemment par Joanne Otis, professeur à l'UQÀM, et ses collaboratrices, intitulée : « *L'intégration et la coordination des actions en éducation à la sexualité en milieu scolaire dans le contexte de transformation des réseaux de l'éducation et de la santé* ». Cette étude de cas, faite dans neuf milieux scolaires, tant urbains que ruraux, a permis aux chercheuses de rencontrer plus de 80 intervenants et d'analyser la situation de l'éducation à la sexualité selon trois modes de collecte de données différents (triangulation des données). Le rapport de cette recherche souligne l'absence de priorisation de l'éducation à la sexualité dans les écoles du Québec, les risques du découpage horizontal de l'éducation à la sexualité (entre différentes disciplines) en l'absence de continuité verticale, c'est-à-dire, à travers les années de scolarisation de l'élève, la confusion quant aux finalités de cette éducation à la sexualité et quant aux rôles et responsabilités des intervenants, le manque de formation des enseignants, l'absence d'imputabilité, l'inéquité actuelle de l'accessibilité des activités d'éducation à la sexualité aux jeunes québécois, etc. (Otis J et al. 2010)

Et que dire de la santé sexuelle des jeunes québécois ?

Au Québec, certaines statistiques en lien avec les comportements sexuels sont critiques (Figures 1 et 2). Ainsi, le taux d'IVG est, depuis plus de dix ans, le troisième plus élevé au Canada (Statistique Canada, 2010). Dans certaines régions comme la Côte-Nord, le taux de grossesse à l'adolescence est 2,5 fois plus élevé que celui de la province (Rochon M., 2010) et le taux d'IVG chez les 15-19 ans ne se réduit qu'à peine, depuis 2 ans. Sur le plan des infections transmissibles sexuellement (ITSS), le taux d'incidence de l'infection génitale à *C. trachomatis* au Québec a augmenté en 2007 et en 2008. Il était de 195,6 par 100 000 en 2008 et sera d'environ 212,1 par 100 000 en 2009 si le rythme se maintient (Blouin K., Parent R., 2010). Les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus touchés. Le taux d'incidence de l'infection gonococcique a augmenté depuis deux ans, passant de 18,4 par 100 000 en 2007, puis à 21,5 par 100 000 en 2008. Les projections pour l'année 2009 suggèrent une augmentation à 25,0 par 100 000. Cette augmentation touche davantage les femmes que les hommes. À titre d'exemple, une brusque augmentation du taux d'incidence de la gonorrhée a été observée au Nunavik entre 2007 et 2008. Le taux est passé de 565,2 par 100 000 (60 cas) à 1 779,9 par 100 000 (191 cas) lors de cette période, soit une augmentation de 215% (Blouin K., Parent R., 2010).

Des conséquences dramatiques de ces problèmes

Si on parle de grossesse à l'adolescence, les conséquences d'une grossesse précoce menée à terme sont nombreuses. Elles peuvent être d'ordre physique, psychologique ou social : ce sont, par exemple, un risque accru de prématurité, d'insuffisance de poids à la naissance, de dépression ou de décrochage scolaire (Programme national de santé publique, 2003). Une étude québécoise récente (Paquet G, Pampalon R, 2010) a montré que devenir enceinte à l'adolescence était l'un des déterminants majeurs de la pauvreté et de l'exclusion sociale chez les personnes responsables de familles monoparentales. Les conséquences des ITSS sont quant à elles tout aussi néfastes. Chez la femme, une infection génitale à *Chlamydia trachomatis* ou gonococcique non traitée peut mener à une maladie inflammatoire pelvienne chronique qui, elle, pourra causer des douleurs pelviennes chroniques, l'infertilité tubaire ou une grossesse ectopique. De plus, une femme enceinte infectée est susceptible de transmettre l'infection à son nouveau-né (Lambert G, Ringuette L, Minzunza S., 2009). Chez l'homme, l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou gonococcique peut se compliquer d'une prostatite ou d'une épididymite. L'infection gonococcique, tout comme les autres ITS inflammatoires ou ulcéranes, augmente la contagiosité des personnes infectées par le VIH et la réceptivité au VIH des personnes qui ne sont pas infectées.

Et il y a aussi les problèmes d'image corporelle et de consommation d'anabolisants chez les jeunes, d'hypersexualisation des enfants, d'abus sexuels, de prostitution juvénile, de violence dans les relations amoureuses des jeunes, les agressions sexuelles, etc.... ?

En fin de compte

De nombreux arguments militent en faveur d'une dispensation formelle de l'éducation à la sexualité dans les écoles du Québec. Non seulement elle pourrait soutenir la prévention de plusieurs problèmes de santé et psychosociaux, mais elle prendrait la place qui lui revient dans le parcours scolaire des jeunes et contribuerait à la réussite et au développement personnel et social des élèves.

Tel que rapporté dans le quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec portant sur les infections transmissibles sexuellement (Poirier A., Dontigny A., 2010), la recrudescence des ITSS à laquelle on assiste depuis quelques années au Québec est très inquiétante. « *Il faut agir et vite* ». Parmi les actions mises de l'avant, le rapport affirme que tous les jeunes québécois doivent bénéficier d'apprentissages sur les ITSS à l'école. Le rapport énonce que ces apprentissages seront plus efficaces s'ils font partie d'une démarche intégrée d'éducation à la sexualité.

Réinstaurer formellement l'éducation à la sexualité dans le curriculum scolaire comporte plusieurs éléments. Pour cela, il faut :

- 1- clarifier les finalités de cette éducation : que désire-t-on ? La réussite des élèves ? La santé des élèves ? Le développement personnel et social des élèves ? *Le développement global de l'élève (PFÉQ)* ? L'éducation à la sexualité ne doit pas se cantonner, quant à moi, au développement de comportements sains et sécuritaires. Elle doit aussi veiller à développer le potentiel personnel et social des jeunes, favoriser leur bien-être et leur développement global, ces aspects étant des facteurs soutenant la réussite scolaire des jeunes.

- 2- dégager des thèmes précis, selon des objectifs précis, adaptés à chaque niveau scolaire, respectant les spécificités socioculturelles régionales et locales et requérant une évaluation des apprentissages selon le modèle des compétences proposé par le PFÉQ. « *Cet exercice devrait être basé sur des données probantes* ». (Otis J et al. 2010) De plus, au-delà des thèmes correspondant aux déterminants communs à la santé et à la réussite éducative, il est important de reconnaître la spécificité de l'éducation à la sexualité, en incluant les thèmes touchant à l'intimité, aux rôles et aux stéréotypes sexuels, à l'identité et à l'orientation sexuelles, à l'éveil sexuel et amoureux, etc.
- 3- déterminer les rôles et tâches de chacun, dans plusieurs disciplines présélectionnées, durant des périodes-classes préétablies, faisant intervenir au besoin des ressources externes à l'école. L'idée n'est pas de revenir à la Formation personnelle et sociale d'antan. Mais, il y a lieu de mieux circonscrire qui est responsable de l'éducation à la sexualité dans l'école et quand et comment celle-ci doit être transmise, tout en respectant le caractère « multi-référencé » de l'éducation à la sexualité souhaitée.
- 4- promouvoir l'utilisation de situations d'apprentissage et d'évaluation spécifiques, préparées et conçues pour développer les compétences des élèves.
- 5- favoriser la formation des enseignants et autres dispensateurs d'éducation à la sexualité en leur offrant des activités de formation locales et régionales grâce au concours de spécialistes, en particulier des sexologues, comme ceux et celles que l'on rencontre de plus en plus dans les agences de santé et de services sociaux de la province ou dans les commissions scolaires.

En conclusion, en tant que médecin clinicienne, éducatrice à la santé et intervenante de santé publique, je souhaite que notre gouvernement approfondisse sa réflexion sur la façon dont l'éducation à la sexualité est actuellement dispensée. Il m'apparaît essentiel que, dès que possible, notre gouvernement prenne les mesures nécessaires pour réinstaurer formellement cette dimension de l'éducation dans le Programme de formation de l'école québécoise et ainsi donner à nos enfants les savoirs (savoir, savoir être, savoir faire) nécessaires pour faire face aux enjeux qui les attendent comme adultes.

Figure 1 Taux de grossesses à l'adolescence dans plusieurs pays industrialisés (pour 1 000 femmes de 15-19 ans) (Advocates for Youth, 2009 ; Statistiques Canada, 2010 ; McKay A, Barrett M., 2010 ; Rochon M., 2010)

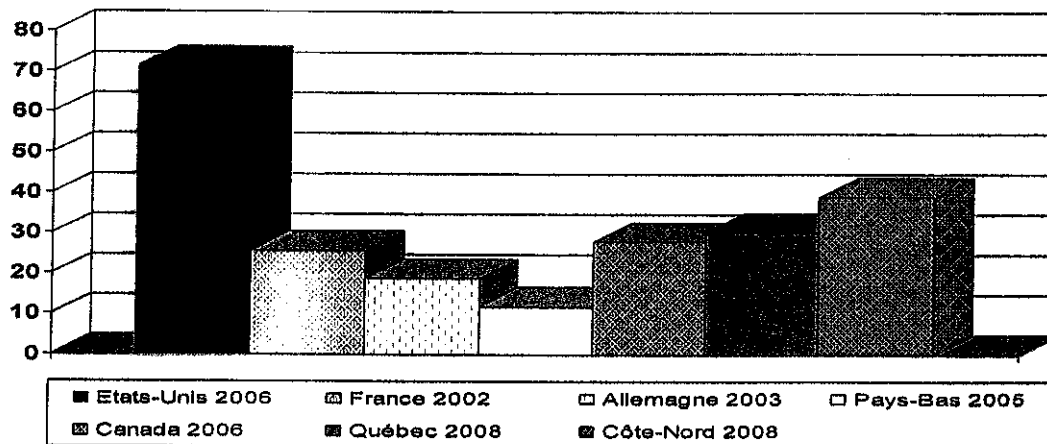


Figure 2 Taux de *Chlamydia trachomatis* dans quelques pays industrialisés (pour 100,000 femmes de 15-19 ans) (Advocates for Youth, 2009; Blouin K., Parent R., 2010)

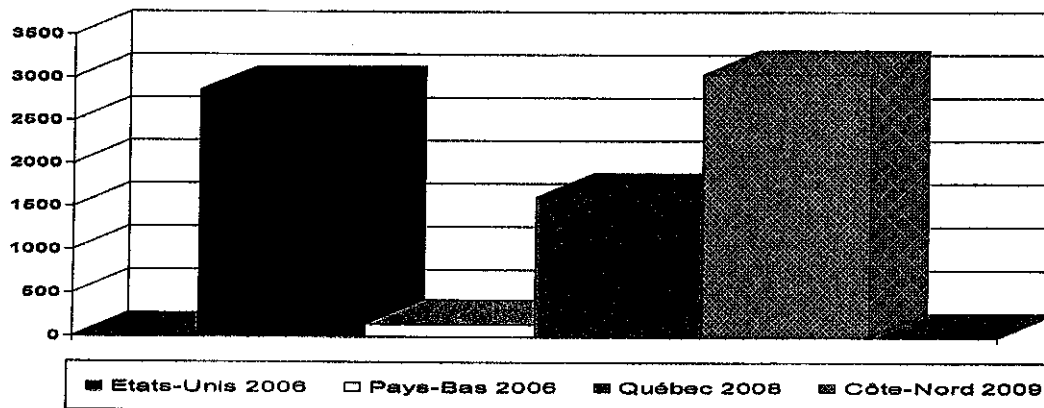
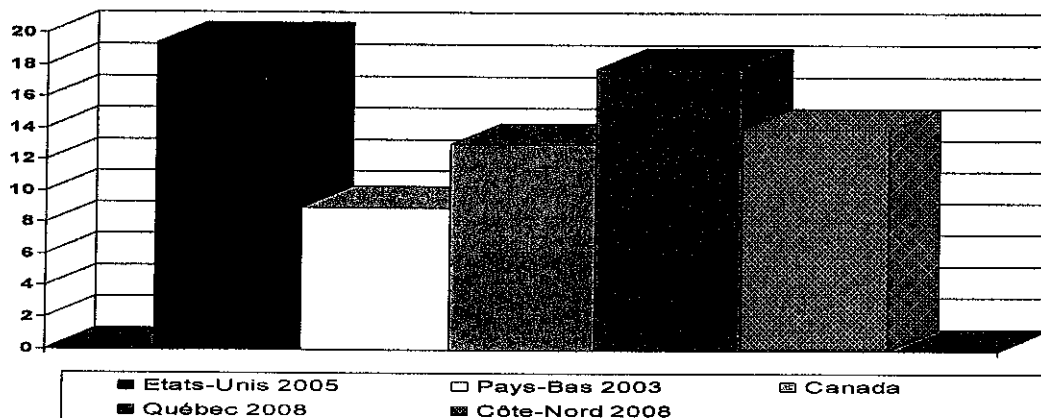


Figure 3 Taux d'IVG dans quelques pays industrialisés (pour 1 000 femmes de 15-44 ans) (Alan Guttmacher Institute, 2009 ; Jones RK, Zolna MRS, Henshaw SK, Finer LB., 2008 ; Sedgh G, Henshaw SK, Singh S, Bankole A, Drescher J., 2007 ; Statistiques Canada, 2010 ; Rochon M., 2010)



Références

- Adolescent Sexual Health in Europe and the U.S. – Why the Difference? Advocates For Youth. 2009.
http://www.advocatesforyouth.org/index.php?option=com_content&task=view&id=419&Itemid=177 consulté le 7 juillet 2010.
- Blouin K., Parent R. Analyse des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique et de syphilis au Québec par année civile : 1993-2008 (et projections 2009). Institut national de santé publique du Québec, 2010.
<http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=1041> consulté le 7 juillet 2010.
- Breinbauer C and Maddaleno M. Youth: Choices and Change – Promoting Healthy Behaviors in Adolescents. NORAD, Sida, PAHO, Washington, 2005.
- DiCenso A, Borthwick VW, Busca CA, Holmes JA, Kalagian WF, Partington BM. Completing the picture : adolescents talk about what's missing in sexual health services. Can J Public Health 2001;92(1):35-8.
- Duquet F. *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*, Ministère de l'éducation. Gouvernement du Québec, 2003.
- Facts on American Teen's Sexual and Reproductive Health. Alan Guttmacher Institute. January 2010. <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-ATSRH.html> consulté le 7 juillet 2010.
- Facts on Induced Abortion Worldwide. Alan Guttmacher Institute. October 2009.
http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html consulté le 7 juillet 2010.
- Jones RK, Zolna MRS, Henshaw SK, Finer LB. Abortion in the United States: Incidence and Access to Services, 2005. Perspect Sex Reprod Health 2008;40(1).
<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/4000608.html> consulté le 7 juillet 2010.
- McKay A, Barrett M. Trends in teen pregnancy rates 1996-2006 : A comparison of Canada, Sweden, U.S.A., and England/Wales. The Canadian Journal of Human Sexuality 2010;19(1-2):43-52.
- Ministère de la Sécurité publique. <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/index.php?id=1610> consulté le 16 septembre 2010.
- Ministère de l'Éducation du Québec. Programme de formation de l'école québécoise – Éducation préscolaire, enseignement primaire, enseignement secondaire. Gouvernement du Québec. 2006.
http://www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/dp/programme_de_formation/primaire/pdf/prform2001nb/p_rform2001nb.pdf consulté le 7 juillet 2010.
- MEQ/MSSS. *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre les réseaux de la santé et des services sociaux*. Lancement de l'entente de complémentarité des services. Québec : Gouvernement du Québec. 2003.

http://www.mels.gouv.qc.ca/lancement/ententeMEQ-MSSS/entente_f.pdf consulté le 7 juillet 2010.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec - Documentation relative à la sexualité.

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?documentation et

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/grossesseadolescence.php

consultés le 7 juillet 2010.

Otis J, Gaudreau L, Duquet F, Michaud F, Nonn E. L'intégration et la coordination des actions en éducation à la sexualité en milieu scolaire dans le contexte de transformation des réseaux de l'éducation et de la santé. Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé. 1^{er} octobre 2010.

Palluy J, Arcand L, Choinière C, Martin C, Roberge M-C. Réussite éducative, santé, bien-être : agir efficacement en contexte scolaire – Synthèse des recommandations. Institut national de santé publique du Québec, 2010.

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1065_ReussiteEducativeSanteBienEtre.pdf consulté le 7 juillet 2010.

Paquet G, Pampalon R, avec la participation de Roy B. La pauvreté et l'exclusion sociale : agir dans les milieux de vie pour favoriser la résilience et contrer l'impuissance. Présentation faite à l'Université Laval, le 17 novembre 2010.

Poirier A, Dontigny A. L'épidémie silencieuse. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec, 2010 ; 76 pages.

Programme national de santé publique du Québec – 2003-2012. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec, 2003.

http://www.rrss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf consulté le 8 juillet 2010

Roberge MC, et Choinière C. Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire québécois : cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en Santé. Montréal : Institut national de santé publique du Québec. 2009.

Sedgh G, Henshaw SK, Singh S, Bankole A, Drescher J. Legal abortion worldwide: incidence and recent trends. *Perspect Sex Reprod Health* 2007;39(4). <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3921607.html> consulté le 7 juillet 2010.

Rochon M. Statistiques sur les naissances et les IVG. Direction des études et des analyses, Direction générale de la planification stratégique, évaluation et qualité, Ministère de la santé et des services sociaux, consultée les 23-03-2010, 27-05-2010.

Statistiques Canada: Avortements provoqués selon le groupe d'âge. <http://www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/health43-fra.htm> consulté le 7 juillet 2010.