

SANTÉ SEXUELLE : ÉDUCATION ET PROMOTION EN MILIEUX SCOLAIRES ET PARASCOLAIRES AU CANADA

La présente déclaration de principe a été examinée et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada en mars 2003.
Elle remplace la déclaration de principe n° 13, publiée en septembre 1992.

AUTEURS PRINCIPAUX

Douglas McCall, directeur administratif, Association canadienne pour la santé en milieu scolaire
Alex McKay, coordonnateur de la recherche, Conseil du Canada d'information et d'éducation sexuelles

INTRODUCTION

L'éducation sur la santé sexuelle met en jeu une combinaison d'expériences pédagogiques qui permettront aux apprenants :

- d'acquérir des connaissances pertinentes en ce qui concerne des questions de santé particulières;
- d'acquérir la motivation et la prise de conscience nécessaires à la mise en œuvre de ces connaissances;
- d'acquérir les aptitudes dont ils auront peut-être besoin pour maintenir et améliorer leur santé sexuelle, ainsi qu'éviter les problèmes d'ordre sexuel;
- de contribuer à la mise en place d'un milieu propice à la santé sexuelle.

La recherche indique invariablement que l'obtention de résultats positifs en matière de santé sexuelle est liée à la mise en place d'un programme d'éducation sur la santé sexuelle qui intègre efficacement les connaissances, la motivation, les occasions de formation et le soutien du milieu¹.

ÉNONCÉ DE PRINCIPES

La plupart des Canadiens deviennent actifs sur le plan sexuel au cours de l'adolescence et presque tous les Canadiens, au début de la vingtaine, ont déjà vécu au moins une relation sexuelle². L'école demeure, pour les adolescents, la principale source de renseignements sur la santé sexuelle. Par conséquent,

Mots clés

Sexuality; sex education; health education, community; health promotion; schools; prevention; youth; adolescent

il est impératif que le système scolaire (en collaboration avec les parents, la communauté et les professionnels de la santé) joue un rôle important dans les efforts d'éducation et de promotion en matière de santé sexuelle.

Les programmes d'éducation et de promotion au sein des écoles primaires et secondaires peuvent avoir et ont eu un effet positif sur les comportements sexuels des jeunes. Par exemple, l'utilisation de condoms par les jeunes adultes connaît une croissance constante (les condoms étaient utilisés par plus des deux tiers des jeunes adultes en 1996⁴, alors qu'ils ne l'étaient que par moins du tiers des jeunes adultes en 1988³). Cependant, la recherche⁵ indique que plusieurs sous-populations de jeunes et que certains comportements à risque nécessitent une attention particulière de la part des programmes d'éducation, de services de santé et de promotion :

- De nombreux jeunes actifs sur le plan sexuel n'ont pas recours aux condoms de façon systématique.
- De nombreuses jeunes femmes utilisent des contraceptifs oraux, mais ne sont pas en mesure de s'assurer une protection double car elles n'incitent pas leurs partenaires sexuels à utiliser des condoms⁶.
- Chaque année au Canada, plus de 42 000 jeunes femmes (âgées de 15 à 19 ans) connaissent une grossesse⁷, laquelle entraîne un avortement ou la monoparentalité⁸. Ces mères adolescentes sont souvent issues de milieux socio-économiques désavantagés; dans leur cas, les grossesses précoces peuvent multiplier les obstacles auxquels elles ont à faire face⁹.
- Les infections transmissibles sexuellement (ITS) constituent une importante menace envers la santé et le bien-être des jeunes Canadiens. Les jeunes, particulièrement les adolescents, présentent les taux d'ITS courantes le plus élevés¹⁰.

Cette déclaration de principe fait état de la politique de la SOGC à la date de publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme une obligation de poursuivre la mise en œuvre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

- Bien que le peu de données disponibles laissent entendre que la prévalence de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les jeunes au Canada est présentement faible, les adolescents « représentent un groupe qui pourrait connaître une augmentation du nombre d'infections au VIH »¹.
- Il existe une sous-population de jeunes qui adoptent plusieurs comportements risqués, tels que des pratiques sexuelles dangereuses et la consommation d'alcool, de drogue et de tabac.
- Il existe un malentendu populaire voulant que les relations sexuelles buccogénitales soient dépourvues de risques.
- Sur le plan sexuel, de nombreux jeunes subissent de la coercition, de mauvais traitements et des agressions (sous forme de viol par une connaissance).
- De nombreux jeunes ont grandi sans bénéficier de la présence de modèles appropriés en ce qui concerne les rapports parents-enfants et d'autres pratiques familiales.

Il est clair que tous les jeunes nécessitent des services pédagogiques et de santé qui les prépareront à la réalité des comportements sexuels et aux responsabilités qui sont liées à ces derniers. L'absence de tels programmes porte atteinte au droit qu'ont tous les jeunes de faire des choix éclairés au sujet de leur santé, en plus de les exposer à un risque accru de faire face à des issues de santé négatives considérables. Par conséquent, une approche exhaustive en matière de promotion et d'éducation sur la santé sexuelle en milieux scolaires et parascolaires (combinant l'enseignement en classe obligatoire, l'offre de services de santé accessibles aux adolescents et la coordination efficace de plusieurs interventions) devrait être favorisée. Les médecins, tant grâce à leur formation et à leur savoir-faire professionnels que par l'intermédiaire de leur pratique clinique, peuvent jouer un rôle de chef de file dans la promotion de cette approche exhaustive.

Des études et des analyses canadiennes¹¹⁻¹³ (ainsi que d'autres données¹⁴) indiquent que la quantité et la qualité de l'éducation sur la santé sexuelle et des services de santé sexuelle offerts à nos jeunes sont inadéquates. McCall et coll.¹⁵ ont signalé que de nombreuses écoles et de nombreux arrondissements scolaires ne mettent pas entièrement en œuvre leurs programmes d'éducation sur la santé sexuelle, et que les systèmes de santé publique ne disposent pas des ressources nécessaires pour offrir du soutien, de la coordination et des orientations adéquates vers des services de prévention. Cette étude a révélé que les étudiants bénéficient actuellement de services d'enseignement sur la santé sexuelle d'une durée se situant entre trois et huit heures par année, et que les infirmières de la santé publique ne sont disponibles pour le travail en milieu scolaire qu'en moyenne cinq heures par mois, dont seulement une heure consacrée à la santé sexuelle¹⁵. Elle a également révélé que la mise en œuvre du programme d'éducation sur la santé sexuelle s'avérait problématique dans la plupart des compétences, et ce, à plusieurs égards : certaines écoles n'offrent pas un temps d'enseignement adéquat; certains professeurs évitent

d'aborder plusieurs questions importantes; caractère inadéquat de l'enseignement et du matériel pédagogique; ressources insuffisantes pour que le secteur de la santé publique puisse jouer un rôle de coordination et d'orientation; ainsi que la présence de plusieurs écarts en ce qui a trait aux systèmes de prestation des écoles et des organismes de santé publique¹⁵.

Les sondages d'opinions^{16,17} indiquent invariablement que les parents canadiens souhaitent que leurs enfants bénéficient d'une éducation sur la santé sexuelle à l'école. Un sondage *National Post/Global*¹⁸, mené par COMPAS Inc., a révélé que 58 % des Canadiens estiment que l'éducation sexuelle prévient les grossesses non voulues et que 80 % d'entre eux n'étaient pas d'accord avec l'affirmation voulant que l'éducation sexuelle incite les jeunes à être trop préoccupés par la sexualité. Des sondages canadiens à petite échelle¹⁸⁻²² ont révélé que le soutien parental envers l'offre d'une éducation sur la santé sexuelle en milieu scolaire était immense.

De plus, les ministres de l'Éducation de 12 des 13 compétences canadiennes insistent sur l'offre obligatoire d'une éducation sur la santé sexuelle aux étudiants de la fin du primaire et du premier cycle du secondaire; le ministre de l'Éducation de la 13^e compétence, quant à lui, insiste sur l'offre d'une éducation portant sur le VIH/sida et recommande fortement l'offre d'un programme sur la santé sexuelle. McCall et coll.¹⁵ ont révélé que, bien que la plupart des systèmes scolaires permettent aux parents de demander que leur enfant ne participe pas aux programmes d'éducation sur la santé sexuelle, moins de 2 % des parents choisissent de le faire.

Afin de pouvoir relever ces défis, nous avons besoin d'une approche globale et coordonnée en matière de promotion et d'éducation sur la santé sexuelle. Les gouvernements, les professionnels de la santé, les enseignants, les parents, les jeunes et les intervenants du secteur privé doivent travailler ensemble à la mise sur pied d'une stratégie nationale quant à la promotion de la santé sexuelle. La mise en œuvre de tables rondes provinciales / territoriales, rassemblant les intervenants clés et étant particulièrement axées sur la question (au sein d'organismes soutenant la recherche pertinents, tels que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)), contribuerait grandement à l'atteinte de cet objectif. Parmi les actions et les stratégies possibles, on pourrait trouver ce qui suit :

- La diffusion à grande échelle des Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle¹. Cette diffusion devrait inclure la création d'une variété d'outils pratiques, tels que des directives cliniques mises à jour, un répertoire des pratiques optimales, des outils d'évaluation et de planification, ainsi que la production de documents pédagogiques et de formation.
- Des efforts de recherche fondamentale et des essais sur le terrain en vue de déterminer la façon la plus efficace d'aborder les sous-populations et les questions particulières identifiées ci-dessus.

- L'analyse systématique des résultats de recherche afin de clarifier les objectifs du curriculum et de la prestation de services.
- Le contrôle rigoureux de la mise en œuvre des programmes sur la santé sexuelle et de leurs résultats attendus.
- L'application d'une attention et l'octroi de ressources accrues quant à la préformation et à l'éducation permanente des enseignants et des professionnels de la santé.
- Une utilisation plus efficace et systématique d'Internet et des technologies de l'information, quant à l'offre de renseignements sur la santé sexuelle et au soutien des jeunes, des enseignants et des professionnels de la santé.

RECOMMANDATION

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) soutient le recours à une approche globale envers la promotion et l'éducation sur la santé sexuelle en milieux scolaires et parascolaires.

PROGRAMMES D'ÉDUCATION SCOLAIRE OBLIGATOIRES ET RÉSULTATS D'APPRENTISSAGE PANCANADIENS COMMUNS ET FACTUELS

La coopération interprovinciale a entraîné l'élaboration de descriptions pancanadiennes des résultats d'apprentissage minimaux et souhaitables quant aux sciences, à la lecture et aux mathématiques. L'élaboration de tels objectifs communs en ce qui concerne les programmes de santé, a bénéficié du soutien des mécanismes / protocoles interprovinciaux du Conseil des ministres de l'Éducation (Canada) (CMEC), ainsi que de celui de la Fondation d'éducation des provinces atlantiques et du *Western Provinces Curriculum Accord*. Une base définissable de connaissances, d'aptitudes, d'attitudes et de convictions requises en matière de santé sexuelle devrait et peut faire partie des programmes d'enseignement au sein de toutes les compétences.

L'élaboration de résultats d'apprentissage communs permettrait la mise en place d'efforts de R. et D. visant la création de stratégies de programmation précises, lesquelles pourraient définir exactement ce qui peut et devrait être accompli par les programmes pédagogiques en milieu scolaire. Contrairement à d'autres questions de santé telles que le tabagisme, les résultats d'apprentissage concrets réalisables qui sont liés à la santé sexuelle ont été éclipsés par les débats entourant l'éducation sur la santé sexuelle. Bien que les résultats de recherche indiquent clairement que l'offre de services d'éducation sur la santé sexuelle n'affecte en rien le processus décisionnel des jeunes quant au fait de faire ou non l'expérience d'une relation sexuelle, les chercheurs n'ont toujours pas clairement défini les résultats précis (justifiés en fonction de l'âge) que nous devrions chercher à établir.

Selon les Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle¹, les activités de promotion et d'éducation sur la santé sexuelle devraient contribuer à la création d'un milieu propice à la santé sexuelle et aider les jeunes

(a) à acquérir des connaissances au sujet de questions précises concernant leur santé sexuelle, (b) à acquérir la motivation et le discernement personnel dont ils auront besoin pour appliquer ces connaissances, et (c) à acquérir les aptitudes nécessaires pour rehausser leur santé sexuelle et éviter les problèmes de santé sexuelle.

CARACTÉRISTIQUES DES PROGRAMMES EFFICACES

Les caractéristiques des programmes pédagogiques efficaces^{1,23-28} sont fondées sur ce qui suit :

- Des recherches sur le comportement solides
- Une prestation précoce
- L'accent sur le report des relations sexuelles et(ou) sur la pratique de relations sexuelles protégées
- Des séances d'une durée d'au moins 14 heures
- L'organisation de séances suffisamment intenses
- Le recours à des interventions régulières, uniformes et coordonnées
- L'offre d'une gamme d'activités interactives
- L'offre de renseignements clairs et factuels
- La mise en évidence des influences sociales (pairs, médias)
- L'offre d'une formation aux enseignants
- La reconnaissance et la prise en considération des stades de développement des enfants et des adolescents
- L'établissement de liens et la coordination avec les interventions menées dans d'autres écoles et sur le plan communautaire

Des mécanismes interprovinciaux et nationaux devraient être établis en vue de faciliter la libre circulation des renseignements et des documents entre tous les intéressés, en ce qui concerne la promotion et l'éducation sur la santé sexuelle. Cela devrait inclure l'utilisation efficace de sites Web de grande portée, de la formation en ligne, de listes de diffusion, de bases de données en ligne et d'autres outils rentables. L'utilisation d'Internet permet de répondre aux besoins particuliers des enseignants et des fournisseurs de service exerçant leurs fonctions au sein de communautés rurales et isolées. Des cours en ligne et des modules de perfectionnement professionnel devraient être coordonnés avec l'offre d'ateliers subventionnés au sein des communautés et des écoles rurales. Les effets positifs et considérables du site Web de la SOGC en matière de santé sexuelle (<http://www.masexualite.ca>) portent à croire que toutes les utilisations possibles des nouvelles technologies de l'information devraient être maximisées, afin d'assurer la promotion de la santé sexuelle.

À ce chapitre, le leadership doit trouver sa source au sein de la communauté médicale, octroyer un rôle de premier plan aux organisations professionnelles spécialisées (telles que le Conseil du Canada d'information et d'éducation sexuelles) et être fondé sur la coopération avec les associations professionnelles pertinentes représentant les médecins, les enseignants, les infirmières et les autres intervenants.

SERVICES DE SANTÉ

Des études^{15,29} ont démontré que de nombreux systèmes de santé publique sont trop sous-financés pour pouvoir offrir les services et la coordination nécessaires à la mise en œuvre d'une campagne et d'un programme, efficaces et appropriés, visant l'amélioration de la santé sexuelle des jeunes Canadiens. Des données empiriques indiquent que, au sein de plusieurs compétences, la régionalisation des services de santé a mené au démantèlement de l'infrastructure ou des cliniques communautaires essentielles qui assuraient la prestation des services de santé sexuelle¹⁵.

Les recherches portant sur les cliniques de santé scolaires ou parascolaires²⁶ indiquent clairement que le fait d'offrir aux adolescents des services de santé pratiques et adaptés à leurs besoins entraîne l'augmentation de l'accès et du recours auxdits services, l'amélioration de la santé, ainsi que la baisse des coûts socio-économiques²⁷.

RECOMMANDATION

Les aspects juridiques de la prestation de services de santé aux mineurs devraient être clarifiés, afin de permettre aux intervenants d'offrir des soins appropriés et éthiques à l'abri des poursuites.

COORDINATION

Des recherches menées au Canada^{30,31} et aux États-Unis³² ont révélé que les compétences assurant l'accès à des services d'éducation sur la santé sexuelle en milieu scolaire et à des services cliniques présentaient des taux moindres de grossesse chez les adolescentes, par comparaison avec les compétences qui n'assuraient pas l'accès à des cliniques communautaires ou à des services de santé sexuelle connexes. Qui plus est, une recherche comparative internationale²⁹ a indiqué que les pays qui facilitent l'accès aux services de santé génésique destinés aux jeunes, conjointement avec l'offre de programmes d'éducation sur la santé sexuelle, obtiennent de meilleurs indicateurs de la santé sexuelle des jeunes que les pays qui ne le font pas.

Une étude récente¹⁵ a démontré que la coordination et la coopération entre les deux systèmes publics (écoles et santé publique) font cruellement défaut. Les résultats de cette étude indiquent que :

- les comités interministériels et interorganismes sur la santé sexuelle et le VIH/sida ont cessé leurs activités;
- peu de ministères de la Santé obligent les autorités locales en matière de santé à concevoir une approche coordonnée pour la promotion de la santé sexuelle ou la prévention du VIH, ou leur offrent des incitatifs pour le faire;
- les objectifs à long terme des efforts de promotion de la santé sexuelle ne sont pas clairement articulés;
- peu d'autorités ou de ministères de la Santé ou de l'Éducation

disposent de systèmes bien conçus de contrôle des politiques ou des programmes;

- les professionnels de la santé et de l'éducation ne sont pas formés ni suffisamment soutenus pour assurer la coordination de leurs efforts;
- la plupart des autorités en matière de santé et des commissions scolaires locales ne disposent pas d'un protocole de coopération interorganismes.

Bien que les principes généraux d'une approche globale en matière de santé à l'école³³ soient bien acceptés dans le cadre de certains documents de programme ou de politique, une telle stratégie coordonnée est loin d'être mise en œuvre au sein de toutes les compétences, y compris son application à la promotion et à l'éducation sur la santé sexuelle.

ENGAGEMENT PERSONNEL

Le rôle des médecins et des autres professionnels de la santé, quant à la promotion de la santé en coopération avec le milieu scolaire, a bien été établi^{34,35}. Les fournisseurs de soins de santé ont la responsabilité d'accorder leur soutien officiel et moral aux organismes adoptant les concepts présentés ci-dessus, et d'offrir une aide concrète dans le cadre des composantes pédagogiques et de prestation de services des programmes (une fois mis en œuvre) conçus selon ces concepts.

Bien que l'on présume souvent que les médecins font figure d'autorité dans le domaine de l'éducation sur la santé génésique, force est d'admettre que la plupart d'entre eux sont bien mal outillés pour assumer ce rôle. L'offre d'activités de mise à niveau des aptitudes aux médecins pratiquant actuellement dans ce domaine est souhaitable. Il est important d'assurer l'accès à des spécialistes, sur les plans local et national, qui pourront contribuer à la promotion des programmes et venir en aide aux intervenants. De plus, le recours à Internet devrait être maximisé. Les recherches sur l'efficacité de la formation et du perfectionnement professionnel en ligne indiquent que la meilleure façon de procéder est d'utiliser des modules en ligne relativement brefs, conjointement avec une participation régulière à des conférences, des ateliers ou des cours magistraux.

Qui plus est, nous pourrions obtenir une efficacité accrue si les programmes de résidence et les autorités d'agrément du CMEC pouvaient coordonner l'élaboration de leurs exigences à ce sujet, de façon à ce que l'agrément ou les crédits de cours puissent être accordés de façon significative et pratique.

RECOMMANDATION

Nous recommandons fortement que des programmes obligatoires en éducation sur la santé génésique soient intégrés au curriculum de premier cycle des écoles de médecine, ainsi qu'aux programmes de résidence pouvant mener à une participation aux activités de ce domaine (médecine familiale, obstétrique-gynécologie et pédiatrie).

APPEL À L'ACTION

La SOGC croit fermement que le Canada est en mesure de faire avancer considérablement les travaux visant l'élaboration et la mise en œuvre de programmes complets de promotion et d'éducation sur la santé sexuelle en milieux scolaires et parascolaires. Un enseignement amélioré, un accès accru aux services destinés aux adolescents et une meilleure coordination des diverses interventions constituent trois des priorités importantes de ces programmes.

Ces programmes devraient se centrer sur des résultats précis en ce qui concerne les enfants et les jeunes, en plus de chercher à influencer les comportements, certains déterminants, les politiques publiques et la pratique professionnelle. Les médecins, en offrant leur savoir-faire et leur engagement, peuvent diriger et soutenir les efforts des enseignants, des autres professionnels de la santé, des parents, ainsi que ceux des jeunes eux-mêmes.

J Obstet Gynaecol Can, vol. 26, n° 6, 2004, p. 601–5.

RÉFÉRENCES

1. Santé Canada. *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Ottawa, Santé Canada, 2003. Publié à <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cgshe-ldnemss/emss_index.html>. Consulté le 10 mars 2004.
2. 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 Hum Sexuality*, vol. 9, 2000, p. 41–66.
3. King A, Beazley R, Warren W, Hankins C, Robertson A, Radford J. *Canada youth & AIDS study*, Kingston (Ont.), Social Program Evaluation Group, Queen's University, 1989.
4. Santé Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1996.
5. Boyce W, Doherty M, Fortin C, MacKinnon D. *Canadian youth, sexual health and HIV/AIDS study: factors influencing knowledge, attitudes and behaviours*, Toronto (Ont.), Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), 2003.
6. Fisher WA, Boroditsky R. « Sexual activity, contraceptive choice, and sexual and reproductive health indicators among single Canadian women aged 15–29: additional findings from the Canadian Contraception Study », *Can J Hum Sexuality*, vol. 9, 2000, p. 79–93.
7. Dryburgh H. « Teenage pregnancy », *Health Reports*, vol. 12, 2000, p. 9–19.
8. Daly K, Sobol M. *Adoption in Canada: final report*, Guelph (Ont.), National Adoption Study, University of Guelph, 1993.
9. Bissell M. « Socio-economic outcomes of teen pregnancy and parenthood: a review of the literature », *Can J Hum Sexuality*, vol. 9, 2000, p. 191–204.
10. Patrick DM, Wong T, Jordon R. « Sexually transmitted infections in Canada: recent resurgence threatens national goals », *Can J Hum Sexuality*, vol. 9, 2000, p. 149–66.
11. Saskatchewan Education. *Curriculum evaluation report: health education*, 7, 8, & 9, Regina (Sask.), Department of Education, 1996.
12. Barrett M. « Sexuality education in Canadian schools: an overview in 1994 », *Can J Hum Sexuality*, vol. 3, n° 3, 1994, p. 199–208.
13. Otis J. *Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH: bilan d'une décennie de recherche auprès des adolescent(e)s et des jeunes adultes québécois(e)s*, Montréal (Québec), Université du Québec à Montréal, 1996.
14. Beazley R, Mackinnon D, Langille D. *A sexuality needs assessment conducted with students, teachers, and guidance counsellors at EB Chandler Junior High School and Amherst Regional High School, Amherst Initiative for Healthy Adolescent Sexuality*, Halifax (N.-É.), Faculty of Medicine, Dalhousie University, 1996.
15. McCall D, Beazley RB, Doherty-Poirier M, Lovato C, MacKinnon D, Shannon M. *Schools, public health, sexuality and HIV: a status report*, Toronto (Ont.), Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), 1999.
16. Un sondage Gallup de 1984 cité dans Shibley-Hyde JS, Delamater JD, Byers ES. *Understanding human sexuality, Canadian edition*, Toronto (Ont.), McGraw-Hill Ryerson, 2001.
17. Ornstein M. *AIDS in Canada: knowledge, behaviour, and attitudes of adults*, Toronto, Institute for Social Research, York University, 1989.
18. Sondage National Post/Global. *State of education quarterly report — Edition Two*, septembre 2001, Don Mills (Ont.), The National Post, 2001.
19. McKay A. « Rural parents' attitudes towards sexuality education in the schools », *Can J Hum Sexuality*, vol. 5, 1996, p. 15–24.
20. McKay A, Pietrusiak M, Holowaty P. « Parents' opinions and attitudes towards sexuality education in the schools », *Can J Hum Sexuality*, vol. 6, 1998, p. 139–46.
21. Langille D, Langille J, Beazley R, Doncaster H. *Amherst parents' attitudes towards school-based sexual health education*, Amherst (N.-É.), Amherst Initiative for Healthy Adolescent Sexuality, 1996.
22. Weaver AD, Byers ES, Sears HA, Cohen JN, Randall HE. *New Brunswick parents' ideas about sexual health education*, Fredericton (N.-B.), Department of Psychology, University of New Brunswick, 2001.
23. Kirby D. *A review of educational programs designed to reduce sexual risk-taking among school-aged youth in the United States*, Santa Cruz (CA), ETR Associates, 1995.
24. Kirby D. *Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy*, Washington (DC), National Campaign to Reduce Teen Pregnancy, 2001.
25. Birdthistle I, Vince-Whitman C. *Reproductive health programs for young adults: school-based programs*, Newton (MA), Education Development Center, 1997.
26. Allensworth DD, Symons CV. « A theoretical approach to school-based HIV prevention », *J School Health*, vol. 59, n° 2, 1989, p. 59–63.
27. King AJC, Beazley RP, Warren WK. *Evaluation of the AIDS/Sexuality Education Program: part two of a proposal submitted by the Council of Ministers of Education*, Toronto (Ont.), Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), 1990.
28. Dryfoos JG. *Adolescents at risk: prevalence and prevention*, New York, Oxford University Press, 1990.
29. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Perspectives d'appui aux adolescents : La contribution du secteur de la santé*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2000.
30. Orton MJ, Rosenblatt E. *Adolescent pregnancy in Ontario 1976–1986: extending access to prevention reduces abortions and births to the unmarried*, Hamilton (Ont.), Adolescent Pregnancy and STD Study, School of Social Work, McMaster University, 1991.
31. Orton MJ, Rosenblatt E. *Sexual health for youth: creating a three sector network in Ontario*, Toronto (Ont.), Ontario Study of Adolescent Pregnancy and STDs, Faculty of Social Work, University of Toronto, 1993.
32. Vincent M, Clearie AF, Schluchter MD. « Reducing adolescent pregnancy through school and community-based education », *JAMA*, vol. 257, 1987, p. 3382–6.
33. Association canadienne pour la santé en milieu scolaire et Santé Canada. *Branchons-nous sur la santé! L'approche globale de la santé en milieu scolaire*, Surrey (C.-B.), L'Association et Santé Canada, 1993.
34. Mackie JW, Oickle P. « School-based health promotion: the physician as advocate », *CMAJ*, vol. 156, n° 9, 1997, p. 1301–5.
35. Association médicale canadienne. *Statement of the physician's role in prevention*, Ottawa (Ont.), L'Association, 1994.