

Rapports sur la santé

Où les adolescents de 15 à 17 ans au Canada obtiennent-ils leurs renseignements sur la santé sexuelle?

par Michelle Rotermann et Alexander McKay

Date de diffusion : le 17 janvier 2024



Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2024

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Où les adolescents de 15 à 17 ans au Canada obtiennent-ils leurs renseignements sur la santé sexuelle?

par Michelle Rotermann et Alexander McKay

DOI : <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202400100001-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

L'éducation en matière de santé sexuelle offerte dans les écoles, par les parents et par d'autres sources officielles a été associée plus étroitement aux taux accrus d'utilisation d'un préservatif et à la réduction de divers comportements sexuels à risque. Les amis et Internet sont d'autres sources d'information, mais ces renseignements ne sont pas toujours exacts et d'une aussi bonne qualité. Les données représentatives de la population canadienne concernant l'endroit où les adolescents obtiennent leurs renseignements sur la santé sexuelle sont insuffisantes.

Données et méthodes

Les données pondérées de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019 ont servi à examiner les sources utilisées habituellement par les adolescents de 15 à 17 ans pour obtenir des renseignements sur la santé sexuelle ainsi que la prévalence et les caractéristiques des adolescents ayant déclaré ne pas avoir un adulte avec qui parler de santé sexuelle ou de puberté.

Résultats

La plupart des adolescents de 15 à 17 ans au Canada ont déclaré avoir accès à au moins une source pour obtenir des renseignements sur la santé sexuelle (96,6 %). Plus de la moitié d'entre eux ont indiqué que l'école (55,6 %) et les parents ou tuteurs (51,2 %) étaient des sources de renseignements sur la santé sexuelle. Parmi les autres sources courantes mentionnées figuraient Internet (45,9 %), les amis (36,2 %) et les professionnels de la santé (20,9 %). Bien que 61,2 % des adolescents aient indiqué avoir plus d'une source où obtenir des renseignements sur la santé sexuelle, 3,4 % ont déclaré n'avoir aucune source. Près de 15 % des adolescents ont indiqué ne pas avoir un adulte avec qui parler de santé sexuelle ou de puberté. Les variations dans les sources consultées et la présence d'un adulte avec qui parler dépendaient de divers facteurs, y compris l'attraction sexuelle ou la diversité de genre, le sexe, le statut d'immigrant, l'appartenance à un groupe racisé, le statut de faible revenu, la solidité du lien parent-adolescent, la région de résidence et la santé mentale.

Interprétation

Une meilleure compréhension des sources en matière de renseignements sur la santé sexuelle utilisées par les adolescents et la détermination des caractéristiques associées aux adolescents ayant déclaré ne pas avoir un adulte avec qui parler pourraient aider à élaborer des stratégies pour améliorer les résultats en matière de santé sexuelle grâce à un meilleur accès aux ressources de promotion et d'éducation en matière de santé sexuelle.

Mots-clés

contraception, éducation sexuelle, éducation sur la sexualité, préservatifs, puberté

AUTEURS

Michelle Rotermann travaille à la Division de l'analyse de la santé, au sein de la Direction des études analytiques et de la modélisation de Statistique Canada à Ottawa. Alexander McKay est le directeur général du Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Bon nombre d'études qui visent à évaluer l'efficacité de l'éducation en matière de santé sexuelle indiquent que cette information contribue à des pratiques sexuelles plus sûres, y compris des taux accrus d'utilisation de préservatifs et de contraceptifs, une réduction des infections transmises sexuellement, des réductions de grossesses chez les adolescentes, l'abstinence pendant plus longtemps avant le premier rapport sexuel et un nombre moins élevé de partenaires sexuels.
- La qualité, l'exactitude et l'exhaustivité des renseignements sur la santé sexuelle peuvent différer selon la source.
- Les sources auprès desquelles les adolescents obtiennent leurs renseignements sur la santé sexuelle peuvent avoir une incidence sur leur comportement sexuel.

Ce qu'apporte l'étude

- Elle fournit des renseignements à jour au sujet des sources d'information en matière de santé sexuelle pour les adolescents de 15 à 17 ans au Canada.
- Bien que 97 % des adolescents aient déclaré avoir au moins une source de renseignements sur la santé sexuelle, certains adolescents ont indiqué n'avoir aucune source d'information. Les personnes de sexe masculin, les immigrants, les résidents de certaines régions, les adolescents de diverses identités sexuelles ou de genre et certaines populations racisées pourraient être plus susceptibles de connaître des résultats négatifs sur le plan de la santé sexuelle s'ils ne reçoivent pas plus de soutien et d'éducation.

L'adoption de comportements influant sur la santé pour prévenir la maladie et soutenir le bien-être est plus facile et plus efficace pendant l'enfance et l'adolescence, comparativement à plus tard dans la vie. L'adolescence est une période de développement importante au cours de laquelle les adolescents atteignent la maturité sexuelle. C'est aussi à ce moment que les jeunes, en moyenne, commencent à se livrer à des activités sexuelles pour la première fois¹. Puisque les adolescents et les jeunes adultes connaissent certains des taux les plus élevés d'infections transmises sexuellement (ITS) et de grossesses non planifiées^{2,3,4}, il est important d'assurer l'accès à des ressources pertinentes et aux renseignements sur la santé sexuelle pour favoriser une prise de décisions plus éclairée et l'adoption de comportements positifs influant sur la santé sexuelle. La santé sexuelle est un élément essentiel de la santé et du bien-être en général⁵.

L'éducation en matière de santé sexuelle offerte sous forme d'éducation systématique (parfois appelée « programmes d'éducation sur la santé sexuelle ») comprend souvent des renseignements sur les aspects biologiques des contraceptifs, les ITS, l'utilisation de préservatifs, l'identité sexuelle, la santé de la reproduction, etc⁶. Plus récemment, du contenu sur les aspects individuels et interpersonnels de la sexualité a été ajouté (p. ex. l'acceptation de soi et les relations saines)⁵. Diverses études qui visent à évaluer l'efficacité des programmes d'éducation de la sexualité et de l'utilisation des préservatifs, habituellement offerts dans les écoles, révèlent que ces programmes contribuent à des pratiques sexuelles plus sûres, y compris l'augmentation de l'utilisation de préservatifs et de contraceptifs, la réduction des diagnostics d'ITS, la réduction du nombre de grossesses chez les adolescentes, l'abstinence pendant plus longtemps avant le premier rapport sexuel, un nombre moins élevé de partenaires sexuels, etc⁷⁻¹¹. Les parents et les autres membres de la famille sont une autre ressource courante qui peut aider à répondre aux questions des adolescents à l'égard de la santé sexuelle¹²⁻¹⁴, bien que certains

adolescents pourraient ne pas se sentir à l'aise de parler à leurs parents¹⁵. Les mères ont tendance à fournir des renseignements plus efficaces que les pères; le fait d'avoir des discussions sur des questions liées à la sexualité avec les adolescents était associé à un léger rôle protecteur, augmentant ainsi les taux d'utilisation des préservatifs et des contraceptifs¹⁶. D'autres sources de renseignements sur la santé sexuelle peuvent ne pas être aussi efficaces¹⁶⁻¹⁸, et parfois, la qualité et l'accessibilité des renseignements et les répercussions sur les résultats peuvent varier¹⁵. Pour certaines sources, comme Internet, la qualité et l'efficacité des renseignements varient grandement, allant de sites Web très éducatifs sur la santé sexuelle jusqu'aux sites de pornographie. En résumé, la source où les adolescents obtiennent leurs renseignements sur la santé sexuelle est importante et peut influencer sur leurs comportements sexuelles^{12,17,18}.

L'objectif de la présente étude était de mettre à jour les renseignements canadiens sur les sources d'éducation sexuelle autodéclarées par les adolescents et la présence d'un adulte avec qui discuter de puberté et de santé sexuelle. Ces renseignements peuvent aider à cerner des lacunes et à surveiller les changements en ce qui a trait à l'accès à l'information sur la sexualité. Les résultats désagrégés en fonction des caractéristiques sociodémographiques ou autres peuvent déceler des variations entre les groupes.

Méthodes

Sources des données

L'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) de 2019 est une enquête transversale qui permet de recueillir des données détaillées sur la santé physique, la santé mentale et les déterminants de la santé connexes chez les enfants et les jeunes au Canada¹⁹. L'ECSEJ s'appuie sur une

liste d'échantillonnage créée à l'aide des fichiers de l'Allocation canadienne pour enfants (ACE). Les fichiers de l'ACE contiennent une liste de tous les bénéficiaires du programme, y compris leurs noms et leurs coordonnées correspondantes. Cette liste a été utilisée pour sélectionner directement un échantillon aléatoire d'enfants et de jeunes. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire électronique que, de façon générale, les répondants remplissent eux-mêmes. Par contre, une option d'aide au téléphone avec un intervieweur était aussi offerte. La collecte de données s'est déroulée de février à août 2019 et portait sur la population de 1 à 17 ans qui vivent dans les 10 provinces et les 3 territoires.

Les personnes exclues de la couverture de l'ECSEJ étaient les enfants et les jeunes vivant dans des réserves des Premières Nations et dans d'autres établissements autochtones des provinces ainsi que ceux demeurant dans des familles d'accueil ou vivant dans des établissements institutionnels. L'ECSEJ englobe environ 98 % de la population canadienne âgée de 1 à 17 ans de toutes les provinces et 96 % de celle des territoires.

Deux questionnaires ont été distribués. Le premier questionnaire s'adressait à la personne la mieux renseignée (habituellement un parent) et le deuxième s'adressait directement au répondant sélectionné âgé de 12 à 17 ans. Le taux de réponse global de l'ECSEJ était de 52,1 %, alors que celui pour les 6 915 répondants âgés de 15 à 17 ans était de 41,3 %. Les questions portant sur les sources d'information à l'égard de la sexualité ont été posées seulement aux répondants de 15 à 17 ans. En ce qui a trait à la question visant à déterminer si les répondants avaient un adulte avec qui parler pour obtenir des renseignements sur la santé sexuelle, l'échantillon de l'étude a exclu 60 autres répondants, car ces répondants n'ont pas répondu à la question. L'échantillon utilisé pour analyser les différentes sources d'éducation sur la sexualité a exclu 61 répondants additionnels en raison de la non-réponse. En ce qui a trait aux covariables, les réponses « Non déclaré » ont été désignées comme étant manquantes et ont donc été exclues des analyses sur la fréquence; les données manquantes variaient entre nulle (p. ex. pour la province ou le territoire) et presque 5 % pour la mesure de la diversité sexuelle et du genre.

Définitions

Principaux résultats

Le fait de ne pas avoir un adulte à qui parler de santé sexuelle, de puberté et de développement sexuel était basé sur les réponses à la question suivante : « Si tu as une question ou une préoccupation au sujet de la puberté, du développement de ta sexualité ou de ta santé sexuelle, est-ce qu'il y a un adulte à qui tu peux parler pour obtenir de l'aide ou des conseils? ».

On a aussi demandé aux adolescents de préciser les sources auprès desquelles ils obtenaient leurs renseignements sur la santé sexuelle : « À qui t'adresses-tu ou à quel endroit vas-tu pour obtenir de l'information sur la santé sexuelle? ». Au total,

huit sources avaient été fournies, et les répondants pouvaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent : 1) l'école, 2) un parent/tuteur, 3) des amis, 4) des livres ou dépliants imprimés, 5) l'Internet, 6) un professionnel de la santé, comme un médecin ou une infirmière, 7) nulle part, et 8) autre. Les réponses à ces questions ont été utilisées pour distinguer les adolescents ayant déclaré avoir au moins une source de renseignements sur la santé sexuelle et les adolescents ayant déclaré n'avoir aucune source (c.-à-d. nulle part). Elles ont aussi été utilisées pour examiner les caractéristiques des adolescents ayant déclaré avoir différentes sources auprès desquelles ils pouvaient obtenir des renseignements sur la santé sexuelle.

Covariables

La littérature et la disponibilité des données de l'ECSEJ ont orienté la sélection des variables, lesquelles comprenaient des caractéristiques sociodémographiques, des caractéristiques des adolescents et des caractéristiques des ménages des adolescents.

Le **sexe à la naissance** a été défini comme étant le sexe masculin ou féminin. Le **genre** (désignant le genre actuel qui peut différer du sexe assigné à la naissance) a été codé dans l'ECSEJ en tant que genre masculin, genre féminin et diverses identités de genre, et était basé sur les réponses fournies par l'adolescent. Il est reconnu que les catégories de réponse « garçon » et « fille » (pour enfants et jeunes) à la question sur le genre sont préférables²⁰. L'analyse préliminaire de la « modalité de genre » des répondants de l'ECSEJ a permis de déterminer que plus de 99 % des adolescents de 15 à 17 ans de la présente étude à qui l'on a assigné le sexe masculin à la naissance ont déclaré être de genre masculin. De même, presque 99 % des adolescentes de l'étude à qui l'on a assigné le sexe féminin à la naissance ont déclaré être de genre féminin. Ces résultats rendent l'analyse difficile en raison des jeunes peu nombreux ayant déclaré être des personnes transgenres et non-binaires dans l'ECSEJ. Voilà la raison pour laquelle une variable de **diverses identités sexuelles et de genre** a été incluse pour réduire au minimum l'élimination de données et pour permettre l'analyse des expériences des jeunes transgenres et de diversités de genre. Cette catégorisation suit l'exemple présenté par une autre étude de l'ECSEJ²¹. Cette variable composite a combiné les renseignements autodéclarés de chaque répondant portant sur le sexe à la naissance, le genre et l'attrance sexuelle. L'attrance sexuelle a été déterminée par les réponses à la question suivante : « Les gens sont différents quant à leur attrance sexuelle pour les autres personnes. Qu'est-ce qui décrit le mieux tes sentiments? Dirais-tu que tu es : 1 : Attiré seulement par les hommes, 2 : Attiré surtout par les hommes, 3 : Attiré autant par les femmes que par les hommes, 4 : Attiré surtout par les femmes, 5 : Attiré seulement par les femmes, 6 : Pas certain. » Les adolescents qui ont indiqué avoir au moins une certaine attrance pour des personnes du même genre et les adolescents qui ont été codés comme étant des personnes transgenres ou non-binaires ont été regroupés et comparés avec le sous-ensemble d'adolescents cisgenres attirés uniquement par des personnes d'un genre différent (tableau A en annexe). Les adolescents cisgenres qui n'étaient pas certains

de leur orientation sexuelle (4 % de tous les répondants de 15 à 17 ans) ont été codés comme si les données étaient manquantes. Cette incertitude à l'égard de l'orientation sexuelle n'a pas occasionné l'exclusion d'enregistrements relatifs aux adolescents transgenres, car l'appartenance au groupe pouvait être confirmée si le répondant déclarait être une personne transgenre ou non-binaire, malgré les renseignements manquants sur l'attraction. D'autres dimensions sur l'orientation sexuelle (y compris l'identité sexuelle ou les comportements) n'étaient pas disponibles dans l'ECSEJ.

L'ECSEJ comprenait le concept de **population racisée** à l'aide des renseignements recueillis à l'égard du groupe racial ou culturel, conformément à la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* et ses règlements et lignes directrices. On a demandé aux répondants ayant déclaré être des personnes non autochtones de préciser à quel groupe de population ethnoculturel ils appartenaient. Les répondants autochtones ont été codés comme si les données étaient manquantes pour ces variables. Au total, 13 catégories de réponses étaient disponibles et utilisées pour deux variables distinctes (groupe racisé ou non racisé et groupe de personnes non autochtones [Blancs]) et cinq groupes de population (les Sud-Asiatiques, les Noirs, les Chinois, les personnes non racisées et non autochtones [les Blancs] et « les autres groupes racisés » [composés de répondants ayant indiqué faire partie du groupe des Philippins, des Arabes, des Latino-Américains, des Asiatiques du Sud-Est, des Asiatiques occidentaux, des Coréens ou des Japonais, les répondants ayant indiqué appartenir à un groupe non défini ailleurs, et les personnes faisant partie de divers groupes de population]). Les répondants ont aussi été classés comme étant soit des **immigrants ou des résidents non permanents**, soit des personnes nées au Canada.

L'identité autochtone a été basée sur les renseignements fournis par l'adolescent. Les répondants qui ont déclaré être des membres des Premières Nations, des Métis et des Inuit ont été désignés comme étant des personnes autochtones. Une ventilation plus poussée n'était pas possible en raison de la taille limitée de l'échantillon.

Le Canada n'a pas de programme coordonné en matière de santé sexuelle²². Chaque province ou territoire est responsable de mettre en place son propre programme. Les différences

géographiques liées aux caractéristiques sociodémographiques peuvent aussi avoir une incidence sur les variations régionales dans les sources de renseignements sur la santé sexuelle déclarées. Les résultats des analyses ont été ventilés en fonction de la **province ou du territoire de résidence**, lorsque l'échantillon le permettait. Dans une analyse (tableau 6), il était nécessaire de créer une estimation des territoires (combinaison des trois territoires), puisque les estimations des territoires individuels auraient entraîné la suppression de données.

Le **revenu du ménage** (revenu total autodéclaré provenant de toutes les sources, avant impôt et déductions) a été classé comme étant inférieur au revenu médian du marché de 58 300 \$ pour 2019 (aussi appelé le revenu avant impôt et transferts en dollars constants de 2019) ou égal ou supérieur à la médiane²³.

La **structure familiale** décrivant les situations dans le ménage pour les adolescents a été caractérisée comme suit : vit avec deux parents (biologiques, beaux-parents, adoptifs, etc.) ou ne vit pas avec deux parents (autre). La **solidité du lien parent-adolescent** était basée sur les renseignements fournis en ce qui a trait à la fréquence à laquelle l'adolescent parle de sa journée à ses parents ou à ses tuteurs. Les adolescents pouvaient répondre avoir de telles conversations souvent (la plupart du temps ou souvent) ou irrégulièrement (jamais, rarement ou parfois).

La **santé mentale autoévaluée** des adolescents était classée comme étant passable ou mauvaise par opposition à bonne, très bonne ou excellente, selon les réponses fournies à la question suivante : « En général, comment est votre santé mentale? ».

Le **nombre d'heures passées devant un écran** a été classé comme étant de moins de 3 heures, de 3 heures à moins de 7 heures, de 7 heures à moins de 14 heures, de 14 heures à moins de 21 heures, ou de 21 heures ou plus, selon les réponses fournies à la question suivante : « Au cours des 7 derniers jours, combien de temps au total est-ce que tu as passé à utiliser n'importe quel appareil électronique tel qu'un appareil mobile, un ordinateur, une tablette, une console de jeu vidéo ou un téléviseur alors que tu étais assis ou étendu? ».

Tableau 1
Nombre de sources différentes à partir desquelles les jeunes obtiennent habituellement leurs renseignements sur la santé sexuelle, selon le sexe à la naissance, population à domicile âgée de 15 à 17 ans, Canada

Nombre de sources différentes	Total			Garçons			Filles [†]		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	%	de	à	%	de	à	%	de	à
0 source	3,4	2,8	4,0	4,6 [*]	3,7	5,7	2,1 ^c	1,5	2,9
1 source	35,4	33,8	37,0	37,7 [*]	35,5	40,0	33,0	30,8	35,2
2 sources	25,8	24,4	27,4	25,9	23,9	28,0	25,8	23,8	27,9
3 sources	18,7	17,5	20,0	17,0 [*]	15,4	18,6	20,6	18,8	22,4
4 sources ou plus	16,7	15,5	17,9	14,8 [*]	13,3	16,5	18,6	16,9	20,4

^{*} valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

[†] catégorie de référence

^c à utiliser avec prudence (coefficient de variation entre 15,0 % et 25,0 %)

Source : Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, 2019.

Techniques d'analyse

Des statistiques descriptives basées sur des données pondérées (ajustées pour tenir compte de la non-réponse) ont été utilisées pour examiner la prévalence de **ne pas** avoir un adulte à qui parler de santé sexuelle, de puberté et de développement sexuel. Ces statistiques ont aussi permis d'examiner les sources que les adolescents utilisent habituellement pour obtenir des renseignements sur la santé sexuelle selon certaines covariables. Des poids bootstrap ont été appliqués pour tenir compte de la sous-estimation des erreurs-types découlant du plan de sondage complexe²⁴. Les analyses ont été réalisées à l'aide de la version 9.4 de SAS et de la version 11.0.3 de SUDAAN. Les différences entre les estimations pondérées ont été calculées à l'aide des tests t. Les différences mentionnées dans le texte sont statistiquement significatives au seuil de $p < 0,05$ (c.-à-d. qu'il est peu probable qu'elles se soient produites par hasard). Pour améliorer la lisibilité, le terme « statistiquement significatives » n'est habituellement pas répété.

Résultats

Sources de renseignements sur la santé sexuelle

Selon l'ECSEJ, la plupart des adolescents de 15 à 17 ans ont déclaré avoir au moins une source où obtenir des renseignements sur la santé sexuelle (96,6 %) (tableaux 1 et 2). Plus de la moitié des adolescents au Canada ont indiqué que l'école (55,6 %) et les parents ou tuteurs (51,2 %) étaient des sources en matière de renseignements sur la santé sexuelle (tableau 2). Parmi les autres sources courantes mentionnées figuraient Internet (45,9 %), les amis (36,2 %) et les professionnels de la santé (20,9 %). Les livres ou dépliants imprimés (7,0 %) et les autres sources (1,7 %) étaient moins souvent mentionnés.

Plus de 6 adolescents sur 10 (61,2 %) ont indiqué avoir plus d'une source où obtenir des renseignements sur la santé sexuelle (tableau 1). Un peu plus du quart (25,8 %) des répondants ont indiqué avoir deux sources, près de 1 répondant sur 5 (18,7 %) a indiqué avoir trois sources, et 1 répondant sur 6 (16,7 %) a indiqué avoir quatre sources ou plus. Plus du tiers (35,4 %) des adolescents ont déclaré avoir une source, alors que 3,4 % des répondants ont déclaré n'avoir aucune source (tableau 1).

Bien que les garçons et les filles aient déclaré consulter bon nombre des mêmes sources pour obtenir des renseignements sur la santé sexuelle, il y avait tout de même des variations entre les sexes. Par exemple, il était plus courant chez les garçons de déclarer avoir seulement une source (37,7 % par rapport à 33,0 % chez les filles) ou aucune source habituelle (4,6 % par rapport à 2,1 % chez les filles). Il était plus courant chez les filles de déclarer trois sources (20,6 % pour les filles par rapport à 17,0 % chez les garçons) ou quatre sources ou plus (18,6 % chez les filles par rapport à 14,8 % chez les garçons).

En outre, un plus grand nombre de garçons (58,5 %) que de filles (52,7 %) ont déclaré que l'école était une source de renseignements sur la santé sexuelle. Toutefois, des pourcentages plus élevés de filles ont sélectionné les sources suivantes : les parents ou tuteurs (55,7 % par rapport à 46,9 % chez les garçons), les amis (40,9 % par rapport à 31,7 % chez les garçons), les professionnels de la santé (25,3 % par rapport à 16,7 % chez les garçons), et les livres (7,8 % par rapport à 6,1 % chez les garçons) (tableau 2). Les pourcentages de garçons et de filles étaient semblables pour les sources suivantes : Internet (45,2 % chez les garçons par rapport à 46,6 % chez les filles) et les autres sources (1,6 % pour les garçons par rapport à 1,7 % chez les filles).

D'autres caractéristiques des adolescents ont aussi été associées aux sources de renseignements en matière de santé sexuelle. Par exemple, les répondants ayant déclaré être une personne de diverses identités sexuelles ou de genre dépendaient plus

Tableau 2

Pourcentage de jeunes déclarant différentes sources habituellement utilisées pour obtenir des renseignements sur la santé sexuelle, selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 15 à 17 ans, Canada

Sources indiquées	Total		Garçons		Filles [†]		Personnes de diverses identités sexuelles et de genre		Personnes cisgenres attirées uniquement par des personnes d'un genre différent [†]		Immigrants ou résidents non permanents		Résidents nés au Canada [†]								
	Intervalle de confiance de 95 %		Intervalle de confiance de 95 %		Intervalle de confiance de 95 %		Intervalle de confiance de 95 %		Intervalle de confiance de 95 %		Intervalle de confiance de 95 %		Intervalle de confiance de 95 %								
	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à						
École	55,6	54,0	57,3	58,5 [*]	56,2	60,8	52,7	50,3	55,0	53,7	49,8	57,6	56,2	54,3	58,1	61,9 [*]	58,0	65,6	54,2	52,4	56,1
Parent ou tuteur	51,2	49,6	52,8	46,9 [*]	44,7	49,1	55,7	53,4	57,9	49,4	45,6	53,2	52,5	50,6	54,3	44,7 [*]	41,1	48,5	52,6	50,8	54,4
Internet	45,9	44,3	47,5	45,2	43,0	47,4	46,6	44,3	49,0	58,3 [*]	54,3	62,1	43,9	42,1	45,7	48,1	44,2	52,0	45,4	43,6	47,2
Amis	36,2	34,7	37,8	31,7 [*]	29,7	33,9	40,9	38,6	43,1	39,7	35,9	43,6	36,2	34,5	38,0	34,9	31,3	38,6	36,4	34,7	38,1
Professionnels de la santé	20,9	19,6	22,3	16,7 [*]	15,0	18,5	25,3	23,4	27,4	25,9 [*]	22,5	29,5	20,3	18,8	21,8	19,5	16,6	22,7	21,3	19,9	22,8
Livres et dépliants (documents imprimés)	7,0	6,3	7,7	6,1 [*]	5,2	7,1	7,8	6,8	9,1	10,4 [*]	8,3	12,8	6,3	5,5	7,1	7,8	6,2	9,8	6,6	5,9	7,5
Autre	1,7	1,3	2,2	1,6 ^c	1,2	2,3	1,7 ^c	1,2	2,5	1,3 ^d	0,8	2,3	1,8	1,4	2,4	1,7 ^d	1,0	3,0	1,7	1,3	2,2
Aucun	3,4	2,8	4,0	4,6 [*]	3,7	5,7	2,1 ^c	1,5	2,9	2,2 ^d	1,2	3,8	3,0	2,4	3,7	3,7 ^c	2,4	5,8	3,2	2,7	3,9

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

[†] catégorie de référence

^c à utiliser avec prudence (coefficient de variation entre 15,0 % et 25,0 %)

^d à utiliser avec prudence (coefficient de variation entre 25,01 % et 35,0 %)

Source : Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, 2019.

Tableau 3
Pourcentage de jeunes déclarant qu'Internet est une source habituelle
consultée pour obtenir des renseignements sur la santé sexuelle, selon le
nombre d'heures passées devant un écran, population à domicile de 15 à
17 ans, Canada

	%	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à
Total	45,9	44,3	47,5
0 à moins de 3 heures [†]	28,7	23,9	34,0
3 à moins de 7 heures	38,5 *	35,0	42,0
7 à moins de 14 heures	45,5 *	42,2	48,7
14 à moins de 21 heures	48,4 *	44,9	52,0
21 heures ou plus	56,1 *	52,9	59,3

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

[†] catégorie de référence

Source : Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, 2019.

d'Internet (58,3 %), des professionnels de la santé (25,9 %) et des textes imprimés (10,4 %), comparativement aux répondants cisgenres étant attirés uniquement par des personnes d'un genre différent (43,9 %, 20,3 % et 6,3 %, respectivement) (tableau 2). Parmi les adolescents nés à l'extérieur du Canada, plus de 6 répondants sur 10 (61,9 %) ont déclaré obtenir leurs renseignements sur la santé sexuelle à l'école, et moins de la moitié (44,7 %) des répondants obtenaient cette information de leurs parents ou de leurs tuteurs. La tendance liée à ces sources était différente pour les adolescents nés au Canada : un moins grand nombre de ces répondants ont sélectionné l'école comme source (54,2 %) et un plus grand nombre de répondants ont indiqué leurs parents (52,6 %).

Le temps que les adolescents passent en ligne avait aussi un lien avec le fait qu'Internet était désigné comme étant une source où obtenir des renseignements sur la santé sexuelle (tableau 3). Par exemple, moins de 3 adolescents sur 10 ayant déclaré passer moins de trois heures devant un écran par semaine (28,7 %) ont sélectionné Internet comme étant une source de renseignements en matière de santé sexuelle, ce qui représente la moitié de l'estimation (56,1 %) des répondants ayant déclaré passer 21 heures ou plus devant un écran par semaine.

Il y avait aussi des différences géographiques dans la prévalence des adolescents sélectionnant l'école comme source de renseignements en matière de santé sexuelle (tableau 4). Par exemple, 60,2 % des adolescents qui résident en Ontario et environ les deux tiers des adolescents du Manitoba (66,9 %) et des Territoires du Nord-Ouest (66,7 %) ont déclaré que l'école était une source habituelle de renseignements, ce qui est considérablement plus élevé que les estimations pour le reste du Canada (autres provinces et territoires combinés). En revanche, 39,6 % des adolescents du Québec ont déclaré que l'école était une source, ce qui est nettement inférieur à l'estimation correspondante pour le reste du Canada.

Prévalence de ne pas avoir accès à un adulte à qui parler de santé sexuelle ou de développement sexuel

Selon l'ECSEJ de 2019, 14,9 % des adolescents de 15 à 17 ans au Canada ont déclaré ne pas avoir un adulte à qui parler de santé sexuelle ou de puberté (tableau 5). Plus de garçons que de filles ont déclaré ne pas avoir accès à un adulte à qui parler de

ces sujets (16,6 % par rapport à 13,2 %, respectivement). Un pourcentage plus élevé d'adolescents de diverses identités sexuelles ou de genre que d'adolescents cisgenres (attirés uniquement par des personnes d'un genre différent) a également déclaré ne pas avoir accès à un adulte à qui parler (18,3 % par rapport à 13,2 %, respectivement).

Près du quart (23,0 %) des adolescents racisés ont déclaré ne pas avoir un adulte à qui parler de santé sexuelle ou de puberté, ce qui est plus du double de l'estimation des adolescents non racisés et non autochtones (les Blancs) (11,2 %). De même, un pourcentage plus élevé d'adolescents qui n'étaient pas nés au Canada, comparativement à ceux qui l'étaient, ont déclaré ne pas avoir un adulte à qui parler de ces sujets (22,5 % par rapport à 13,3 %, respectivement). En revanche, le pourcentage de répondants autochtones (13,4 %) ayant déclaré ne pas avoir un adulte avec qui parler de santé sexuelle ou de puberté était comparable à l'estimation pour les adolescents non autochtones (15,0 %).

À un taux de 24,6 %, la prévalence de ne pas avoir un adulte à qui parler de santé sexuelle était environ trois fois plus élevée pour les adolescents qui ne discutaient pas fréquemment de leur journée avec leurs parents ou leurs tuteurs, comparativement aux répondants qui avaient de telles conversations (8,5 %). De plus, le fait de ne pas avoir un adulte à qui parler était plus fréquent chez les adolescents issus de ménages à plus faible revenu (sous le revenu médian du marché de 58 300 \$ pour 2019) (19,3 %) et ceux n'habitant pas avec deux parents (17,8 %) que chez les adolescents issus de ménages à revenu plus élevé (13,2 %) et ceux habitant avec deux parents (13,8 %).

La santé mentale avait aussi une corrélation avec le fait de déclarer ne pas avoir accès à un adulte à qui parler de santé sexuelle ou de puberté. Les adolescents ayant déclaré avoir une moins bonne santé mentale étaient plus susceptibles d'indiquer ne pas avoir une personne à qui parler, comparativement aux répondants qui jugeaient avoir une meilleure santé mentale (22,9 % par rapport à 13,4 %, respectivement).

On a observé une certaine variation à l'échelle du pays : en Colombie-Britannique, environ 1 adolescent sur 5 a déclaré ne pas avoir accès à un adulte à qui parler, ce qui est nettement supérieur aux estimations pour le reste du Canada (autres provinces et territoires combinés) (tableau 6). En revanche,

Table 4
Pourcentage de jeunes déclarant obtenir habituellement les renseignements en matière de santé sexuelle à l'école, selon la province ou le territoire, population à domicile de 15 à 17 ans, Canada

	%	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à
Total	55,6	54,0	57,3
Province ou territoire			
Terre-Neuve-et-Labrador	57,9	50,5	64,9
Île-du-Prince-Édouard	54,3	47,9	60,6
Nouvelle-Écosse	60,4	53,2	67,2
Nouveau-Brunswick	53,5	46,4	60,4
Québec	39,6 [†]	34,7	44,8
Ontario	60,2 [†]	58,2	62,1
Manitoba	66,9 [†]	59,6	73,4
Saskatchewan	60,5	53,4	67,2
Alberta	58,6	53,7	63,4
Colombie-Britannique	59,0	54,4	63,5
Yukon	63,7	51,8	74,1
Territoires du Nord-Ouest	66,7 [†]	55,5	76,2
Nunavut	65,5	48,7	79,2

[†] valeur significativement différente de l'estimation pour le reste du Canada, c.-à-d. chaque province ou territoire en comparaison avec le reste du Canada, sauf la province ou le territoire en question (p<0,05)

Source : Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, 2019.

moins d'adolescents au Nouveau-Brunswick (10,3 %) et en Nouvelle-Écosse (9,9 %) ont déclaré ne pas avoir un adulte à qui parler, ce qui est inférieur au reste du Canada.

Discussion

De nombreuses études révèlent que les adolescents ayant reçu une éducation en matière de santé sexuelle sont mieux outillés pour prendre des décisions éclairées sur la santé sexuelle, ce qui contribue à un développement sexuel plus sain et à des comportements susceptibles de réduire les risques liés à la sexualité⁷⁻¹¹. Selon la présente étude, la majorité des adolescents ont déclaré avoir accès à des renseignements sur la santé sexuelle, et la majorité des répondants avaient aussi un adulte à qui parler de sexualité.

Les personnes faisant partie de groupes racisés et de certains autres groupes ethniques ainsi que les minorités sexuelles peuvent être touchées de façon disproportionnée par des résultats négatifs sur le plan de la santé sexuelle et de la santé de la reproduction^{4,25-28}. Les écarts dans l'éducation en matière de santé sexuelle pour certaines populations pourraient avoir contribué à ces variations. La présente étude a indiqué, par exemple, que près du double des adolescents nés à l'étranger et des adolescents faisant partie de groupes de population racisés ont déclaré ne pas avoir accès à un adulte avec qui discuter de leurs préoccupations à l'égard de la sexualité, comparativement aux adolescents nés au Canada ou non racisés et non autochtones (les Blancs). Des pourcentages plus élevés d'adolescents qui ont déclaré être des personnes de diverses identités sexuelles ou de genre, comparativement aux adolescents cisgenres (qui sont attirés uniquement par des personnes d'un genre différent) ont aussi déclaré ne pas avoir

un adulte à qui parler de santé sexuelle. Les jeunes qui font partie de certains groupes ethniques ou racisés, qui sont des immigrants, ou qui sont des personnes de diverses identités sexuelles ou de genre peuvent ne pas toujours avoir la compréhension et le soutien de leur famille, et, par conséquent, pourraient ne pas pouvoir discuter de leur santé sexuelle et de la santé de la reproduction²⁷⁻²⁹. Le fait d'offrir une éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles, surtout si l'information présentée est inclusive et adaptée aux différences culturelles, peut aider les adolescents à obtenir des renseignements valables qu'ils ne recevraient pas autrement. De même, pour les adolescents nés à l'extérieur du Canada, l'école peut s'avérer une source particulièrement importante pour l'obtention de renseignements en matière de santé sexuelle.

Les résultats de la présente étude cadrent avec ceux d'autres études démontrant que tous les jeunes, peu importe leur expérience sexuelle, leur attirance sexuelle, leur identité de genre, leur race ou leur ethnicité, peuvent être gênés de parler de sexualité à leurs parents^{17,30}. Les parents peuvent aussi trouver ces conversations difficiles en raison de leurs connaissances limitées ou de leur malaise à l'égard du sujet ou de leurs préoccupations concernant la pertinence et la nécessité des renseignements fournis³¹. Cela aide à expliquer que près de la moitié des adolescents n'indiquent pas leurs parents comme étant une source de renseignements. Le fait de parler fréquemment à ses parents semble, par contre, aider à favoriser la communication entre les parents et les enfants³². Cette constatation a également été faite dans la présente étude de l'ECSEJ, démontrant que les adolescents qui parlent fréquemment à leurs parents sont moins susceptibles de déclarer ne pas avoir un adulte à qui parler de préoccupations à l'égard de leur santé sexuelle.

Tableau 5
Nombre et pourcentage de jeunes ayant déclaré ne pas avoir un adulte à qui parler pour obtenir des renseignements sur la santé sexuelle, population à domicile de 15 à 17 ans, Canada

	en milliers	%	Intervalle de confiance de 95 %	
			de	à
Total	164,9	14,9	13,8	16,1
Sexe à la naissance				
Garçons	93,6	16,6 *	15,1	18,3
Filles [†]	71,3	13,2	11,7	14,8
Personnes de diverses identités sexuelles et de genre				
Personnes de diverses identités sexuelles et de genre différent [†]	34,4	18,3 *	15,6	21,4
genre différent [†]	114,0	13,2	11,9	14,5
Groupes de population				
Personnes non racisées et non autochtones (Blancs) [†]	83,8	11,2	10,0	12,5
Population racisée	80,7	23,0 *	20,7	25,5
Sud-Asiatiques	19,2	22,9 *	18,7	27,7
Chinois	17,4	26,5 *	21,2	32,6
Noirs	12,3 ^c	21,4 ^{c*}	15,2	29,2
Autres groupes racisés	31,8	22,2 *	18,8	26,0
Immigrants et résidents temporaires du Canada				
Oui	43,9	22,5 *	19,4	26,0
Non (personnes nées au Canada) [†]	119,1	13,3	12,1	14,5
Identité autochtone				
Oui	6,7 ^c	13,4 ^c	9,7	18,4
Non [†]	157,6	15,0	13,9	16,2
Revenu médian des ménages				
Moins de 58 300 \$	60,5	19,3 *	17,1	21,8
58 300 \$ ou plus [†]	104,3	13,2	12,0	14,5
Structure familiale (personnes avec qui habite l'adolescent)				
Biparentale [†]	111,3	13,8	12,6	15,0
Non biparentale (autre)	50,6	17,8 *	15,4	20,5
L'adolescent discute de sa journée avec un parent ou un tuteur				
Régulièrement [†]	56,9	8,5	7,4	9,8
Irrégulièrement	107,1	24,6 *	22,5	26,8
Santé mentale autoévaluée				
Passable ou mauvaise	42,6	22,9 *	19,9	26,1
Bonne, très bonne ou excellente	122,2	13,4	12,2	14,6

^c à utiliser avec prudence (coefficient de variation entre 15,0 % et 25,0 %)

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

[†] Catégorie de référence

Source : Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, 2019.

Il semble aussi y avoir des variations entre les garçons et les filles en ce qui a trait aux sources accessibles où obtenir des renseignements sur la santé sexuelle. Les adolescentes avaient tendance à dépendre plus de leurs parents, de leurs amis et des professionnels de la santé, alors que les adolescents étaient plus nombreux à indiquer l'école comme source de renseignements. De plus, le fait de ne pas avoir un adulte à qui poser leurs questions sur la sexualité était plus de deux fois plus courant chez les garçons que chez les filles. D'autres études donnent à penser que cette variation entre les sexes pourrait être importante, car il a été démontré que les sujets traités différemment selon le fournisseur des renseignements et le sexe du destinataire de ces renseignements (p. ex. les filles reçoivent des conseils sur la façon de dire « non » et des renseignements sur les endroits où elles peuvent obtenir des contraceptifs, alors que les garçons sont plus susceptibles d'apprendre la façon d'utiliser un préservatif)^{13,33,34}. Ces variations entre les sexes peuvent faire en sorte que les adolescents et adolescentes qui ne reçoivent pas une éducation complète en matière de santé sexuelle sont exposés à des risques.

La présente étude a révélé quelques variations régionales en ce qui a trait à la déclaration de l'école comme source

d'information sur la santé sexuelle et des proportions de répondants ayant indiqué ne pas avoir un adulte avec qui discuter de ce sujet. Les ministères provinciaux et territoriaux sont responsables de l'éducation. Par conséquent, les programmes ne sont pas normalisés et varient dans l'ensemble du Canada. Au Québec, puisque les élèves âgés de 17 ans peuvent suivre des programmes préuniversitaires et de formation professionnelle offerts par un collège d'enseignement général et professionnel (cégep), cela signifie que des cours d'éducation en matière de santé sexuelle ne sont pas toujours suivis. Cela pourrait aider à expliquer les proportions inférieures d'adolescents québécois ayant déclaré l'école comme étant une source de renseignements, quoique d'autres facteurs puissent aussi avoir contribué à leur éducation en matière de santé sexuelle.

Points forts et limites

Cette brève étude présentait de nombreux points forts, y compris le fait que l'ECSEJ est une enquête nationale fondée sur la population qui porte sur des sujets très variés, ce qui permet d'examiner en détail les caractéristiques

Tableau 6
Pourcentage de jeunes ayant déclaré ne pas avoir un adulte à qui parler pour obtenir des renseignements sur la santé sexuelle, population à domicile de 15 à 17 ans, Canada

	%	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à
Canada	14,9	13,8	16,1
Terre-Neuve-et-Labrador	12,3 ^c	8,4	17,6
Île-du-Prince-Édouard	13,4 ^c	9,7	18,3
Nouvelle-Écosse	9,9 ^{ct}	6,4	14,9
Nouveau-Brunswick	10,3 ^{ct}	6,8	15,3
Québec	13,1	10,1	16,9
Ontario	15,4	14,0	16,8
Manitoba	14,3 ^c	9,9	20,3
Saskatchewan	14,5 ^c	10,3	20,1
Alberta	14,1	11,1	17,8
Colombie-Britannique	19,3 ^t	15,9	23,1
Territoires	18,7 ^c	12,6	27,0

^c à utiliser avec prudence (coefficient de variation entre 15,0 % et 25,0 %)

^t valeur significativement différente de l'estimation pour le reste du Canada, c.-à-d. chaque province ou territoire en comparaison avec le reste du Canada sauf la province ou le territoire en question (p<0,05)

Source : Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, 2019.

sociodémographiques et les caractéristiques de la santé en ce qui a trait à l'utilisation des différentes sources d'information sur la santé sexuelle par les adolescents canadiens. Néanmoins, les résultats de l'étude devraient être interprétés en tenant compte de plusieurs limites.

Certaines variables qui présentent un intérêt pour l'étude sur la santé sexuelle et des renseignements connexes n'ont pas été examinées dans le cadre de l'ECSEJ, y compris la religiosité³³, les précisions sur l'éducation offerte à l'égard de la santé sexuelle, le moment où l'éducation sur la santé sexuelle est offerte et les renseignements sur les expériences et les comportements sexuels antérieurs des adolescents.

Les données sont transversales et permettent donc d'observer les associations entre les variables à un moment unique dans le temps. Les renseignements provenant des enquêtes ont été autodéclarés et n'ont pas été vérifiés. Ils peuvent également faire l'objet d'un rappel et de biais attribuable à la désirabilité sociale. L'utilisation de facteurs de pondérations ajustés pour tenir compte de la non-réponse a aidé à faire en sorte que l'ensemble de données représente mieux la population cible.

Bien que l'ECSEJ ait été conçue pour étudier la santé des enfants et des jeunes et affiche un échantillon relativement grand, le problème des échantillons de petite taille n'a pas été complètement éliminé. Ce problème nécessitait parfois l'utilisation de variables dichotomisées, ce qui signifie que l'étude ne pouvait pas traiter de certaines sous-populations peu étudiées, y compris les personnes ayant une déficience intellectuelle³⁵, les personnes atteintes d'autisme³⁶, et les personnes aux deux esprits, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queer et d'autres personnes de diverses identités sexuelles et de genre (2ELGBTQ+)²⁷. Des données ventilées sur le genre et la diversité sexuelle peuvent être de piètre qualité si la taille de l'échantillon sélectionné est trop petite. Dans ces cas, il est utile de combiner les répondants de diverses identités

sexuelles ou de genre pour produire des estimés relatifs à la population 2ELGBTQ plus large. Les petits échantillons ou l'ampleur des effets dans d'autres parties de l'analyse ont peut-être également eu une incidence sur les tests de signification.

Conclusion

La présente étude brosse un portrait à jour des sources utilisées par les adolescents au Canada pour obtenir des renseignements sur la santé sexuelle. Elle porte aussi sur les caractéristiques des adolescents ayant déclaré ne pas avoir un adulte à qui parler de santé sexuelle ou de puberté. Bien que la majorité des répondants aient indiqué avoir accès à une telle source, certains adolescents ont déclaré ne pas avoir un adulte à qui parler ou une autre source d'information. Les adolescents de sexe masculin, ceux nés à l'extérieur du Canada, les répondants de diverses identités sexuelles ou de genre, les personnes faisant partie d'un groupe racisé et les jeunes issus de ménages à plus faible revenu, ceux qui ne parlaient pas fréquemment à leurs parents et les répondants qui résidaient dans certaines régions pourraient être plus susceptibles de connaître des résultats négatifs sur le plan de la santé sexuelle s'ils ne reçoivent pas plus de soutien et d'éducation. Les variations décrites dans l'étude pourraient aider à préparer des programmes mieux adaptés aux jeunes ou d'autres ressources pour aider tous les adolescents à obtenir les renseignements et le soutien dont ils ont besoin pour faire des choix plus éclairés en matière de sexualité.

Tableau A en annexe

Règles de codage de la variable composite sur les personnes de diverses identités sexuelles ou de genre, selon le genre, le sexe à la naissance et l'attraction sexuelle autodéclarés par le répondant

	Valeur attribuée à la variable sur les personnes de diverses identités sexuelles ou de genre		
	Oui	Non	Donnée manquante
Parmi les adolescents ayant déclaré être du genre masculin et :			
leur sexe à la naissance est masculin (cisgenre), et leur attraction sexuelle est la suivante :			
Attiré seulement, un peu, surtout ou autant par les hommes	✓
Attiré seulement par les femmes	...	✓	...
Pas certain	✓
leur sexe à la naissance est féminin (transgenre), et leur attraction sexuelle est :			
Attiré seulement, un peu, surtout ou autant par les femmes	✓
Attiré seulement par les hommes	✓
Pas certain	✓
Parmi les adolescentes ayant déclaré être du genre féminin et :			
leur sexe à la naissance est féminin (cisgenre), et leur attraction sexuelle est la suivante :			
Attiré seulement, un peu, surtout ou autant par les femmes	✓
Attiré seulement par les hommes	...	✓	...
Pas certain	✓
leur sexe à la naissance est masculin (transgenre), et leur attraction sexuelle est la suivante :			
Attiré seulement, un peu, surtout ou autant par les hommes	✓
Attiré seulement par les femmes	✓
Pas certain	✓
Parmi les adolescents ayant déclaré être une personne de diverses identités de genre et :			
leur sexe à la naissance est masculin, et leur attraction sexuelle est la suivante :			
Attiré seulement, un peu, surtout ou autant par les femmes	✓
Attiré seulement, un peu, surtout ou autant par les hommes	✓
Attiré seulement par les hommes	✓
Attiré seulement par les femmes	✓
Pas certain	✓
leur sexe à la naissance est féminin, et leur attraction sexuelle est la suivante :			
Attiré seulement, un peu, surtout ou autant par les femmes	✓
Attiré seulement, un peu, surtout ou autant par les hommes	✓
Attiré seulement par les hommes	✓
Attiré seulement par les femmes	✓
Pas certain	✓

... n'ayant pas lieu de figurer

Source : Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, 2019.

Références

1. Rotermaun, M. et McKay, A. (2020). Comportements sexuels et utilisation du condom et d'autres méthodes de contraception chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans au Canada. *Rapports sur la santé*, 31(9), 1-12.
2. Aho, J., Lybeck, C. et Tetteh, A. et coll. (2022). Hausse des taux de syphilis au Canada, 2011 à 2020. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 48(2/3), 58-67. Disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2022-48/issue-2-3-february-march-2022/ccdrv48i23f-fra.pdf>.
3. Moore, R.A., Ogilvie, G., Fomika, D. et coll. (2009). Prevalence and type distribution of human papillomavirus in 5,000 British Columbia women—implications for vaccination. *Cancer Causes Control*, 20, 1387-1396.
4. Colombie-Britannique-Centre pour le contrôle des maladies. *STI Annual Report 2017*. Disponible à l'adresse [www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics and Research/Statistics and Reports/STI/STI_Annual_Report_2017_final.pdf](http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/STI/STI_Annual_Report_2017_final.pdf).
5. Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada. (2019). Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle. Toronto (Ontario) : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada. Disponible à l'adresse <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/publication-des-lignes-directrices-canadiennes-pour-l-education-en-matiere-de-sante-sexuelle-2019--863078983.html>
6. Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Édition révisée des Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/cgshe-ldnemss/pdf/guidelines-fra.pdf>.
7. Fetner, T., Dion, M., Heath, M. et coll. (2020). Condom use in penile-vaginal intercourse among Canadian adults: Results from the sex in Canada survey. *PLOS One*. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228981>.
8. Kirby, D.B., Laris, B.A. et Rolleri, L.A. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40, 206-217.
9. Smylie, L., Maticka-Tyndale, E. et Boyd, D. (2008). Adolescent Sexual Health Planning Committee. Evaluation of a school-based sex education programme delivered to Grade Nine students in Canada. *Sex Education*, 8(1), 25-46.
10. Kohler, P.K., Manhart, L.E. et Lafferty, W.E. (2008). Abstinence only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42, 344-351.
11. Dodge, B., Reece, M. et Herbernick, D. (2009). School-based condom education and its relations with diagnoses of and testing for Sexually Transmitted Infections among men in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2180-2182.
12. Pop, M.V. et Rusu, A.S. (2015). The role of parents in shaping and improving the sexual health of children – lines of developing parental sexuality education programmes. *Procedia – Social and Behavioural Sciences*, 209, 395-401.
13. Martinez, G., Abma, J. et Copen, C. (2010, septembre). Educating teenagers about sex in the United States. *NCHS Data Brief*, (44), 1-8.
14. Rothman, E.F., Beckmeyer, J.J., Herbernick, D. et coll. (2021). The prevalence of using pornography for information about how to have sex: Findings from a nationally representative survey of U.S. adolescents and young adults. *Archives of Sexual Behaviour*, 50(2), 629-646.
15. Macdonald, J., Gagnon, A.J., DiMeglio, G. et coll. (2011). Asking to listen: towards a youth perspective on sexual health education needs. *Sex Education*, 443-457.
16. Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S.M. et coll. (2016, janvier). Parent-Adolescent Sexual Communication and Adolescent Safer Sex Behavior: A Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics*, 170(1), 52-61.
17. Rosengard, C., Tannis, C., Dove, D.C. et coll. (2012). Family sources of sexual health information, primary messages, and sexual behavior of at-risk, urban adolescents. *American Journal of Health Education*, 43(2), 83-92.
18. Bleakley, A., Hennessy, M., Fishbein, M. et Jordan, A. (2009). How sources of sexual information relate to adolescents' beliefs about sex. *American Journal of Health Behaviors*, 33(1), 37-48.
19. Statistique Canada. *Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes*. Disponible à l'adresse https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1215270.
20. Statistique Canada. *Classification de cisgenre, transgenre et non binaire – Usage*. Disponible à l'adresse https://www23.statcan.gc.ca/imdb/pUtil_f.pl?Function=getNote&Id=1326715&NT=01.
21. Prokopenko, E. et Hango, D. Victimization par intimidation chez les jeunes de la diversité sexuelle et de genre au Canada. *Regards sur la société canadienne*. Disponible à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00010-fra.htm>.
22. Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada. *Sexual Health Education Resource Directory*. Disponible à l'adresse <https://www.sieccan.org/promisingpracticesportal>.
23. Statistique Canada. Le Quotidien (tableau 1) – *Enquête canadienne sur le revenu, 2019*. Disponible à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210323/dq210323a-fra.htm>.
24. Rust, K.F. et Rao, J.N.K.. (1996). Variance estimation for complex surveys using replication techniques. *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 283-310.

25. Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Sexually transmitted disease surveillance*. Disponible à l'adresse <https://www.cdc.gov/std/statistics/2021/tables.htm>.
26. Agence de la santé publique du Canada (2010) *Questions et réponses : Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les adultes âgés*. Disponible à l'adresse Questions et réponses : Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les adultes âgés - Canada.ca.
27. Pole, J. et Flicker, S. (2010). Toronto Teen Survey Team. Sexual behaviour profile of a diverse group of urban youth: An analysis of the Toronto Teen Survey. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 19(4), 145-156.
28. Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Questions et réponses : L'orientation sexuelle à l'école*. Disponible à l'adresse Questions et réponses : L'orientation sexuelle à l'école – Que peuvent faire les écoles? - Canada.ca
29. Narushima, M., Wong, J.P., Li, A.T. et coll. (2020). Youth perspectives on sexual health education: Voices from the YEP study in Toronto. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 29(1), 32-44.
30. Miller, K.S., Kotchick, B.A., Dorsey, S. et coll. (1998). Family communication about sex: what are parents saying and are their adolescents listening? *Family Planning Perspectives*, 30(5), 218-222.
31. Beyers, E.S. (2011). Beyond the birds and bees and was it good for you? Thirty years of research on sexual communication. *Psychologie canadienne*, 52(1), 20-28.
32. Guilamo-Ramos, V., Lee, J.J. et Jaccard, J. (2016, janvier). Parent-Adolescent Communication About Contraception and Condom Use. *JAMA Pediatrics*, 170(1), 14-16.
33. Lindberg, L.D. et Kantor, L.M. (2022, 1^{er} février). Adolescents' receipt of sex education in a nationally representative sample, 2011–2019. *Journal of Adolescent Health*, 70(2), 290-297.
34. Duberstein Lindberg, L., Maddow-Zimet, I. et Boonstra, H. (2016). Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006–2013. *Journal of Adolescent Health*, 58, 621-627.
35. De Wit, W., van Oorsouw, W.M.W.J. et Embregts, P.C.M. (2022). Sexuality, education and support for people with intellectual disabilities: a systematic review of the attitudes of support staff and relatives. *Sexuality and Disability*, 40, 315-346.
36. Davies, A.W.J., Balter, A.-S., van Rhijn, T. et coll. (2022). Sexuality education for children and youth with autism spectrum disorder in Canada. *Global Perspectives*, 58(2), 129-134.