

QUESTIONS & RÉPONSES :

ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE
À L'INTENTION DES JEUNES AYANT UNE
INCAPACITÉ PHYSIQUE

PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

Questions & Answers: Sexual Health Education for Youth with Physical Disabilities

Pour obtenir une copie de ce rapport, veuillez envoyer votre demande à :

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Agence de la santé publique du Canada

100 promenade Eglantine, Immeuble Santé Canada

I.A. 0602C, Pré Tunney

Ottawa (ON) K1A 0K9

Courriel : ccdlic-clmti@phac-aspc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2013

PDF

Cat. : HP40-80/2012F-PDF

ISBN : 978-0-662-77527-0

IMPRIMÉ

Cat. : HP40-80/2012

ISBN : 978-1-100-54482-3

Pub. : 120154

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	IV
REMERCIEMENTS	IV
INTRODUCTION	1
QUE SAVONS-NOUS AU SUJET DE LA SEXUALITÉ DES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE?	2
POURQUOI UNE ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE COMPRENANT LES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE EST-ELLE NÉCESSAIRE?	3
QUELS SONT LES OBSTACLES À L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE POUR LES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE?	4
OBSTACLES PHYSIQUES	4
OBSTACLES COMPORTEMENTAUX	5
OBSTACLES ÉCONOMIQUES	6
QUELLES SONT LES CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE?	7
SANTÉ MENTALE	7
BIEN-ÊTRE SOCIAL	7
EXPLOITATION ET ABUS	8
AUTRES RISQUES POUR LA SANTÉ	8
QUE PUIS-JE FAIRE POUR SOUTENIR L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE DES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE?	9
PERSONNELLEMENT	9
DANS LES ÉCOLES	10
DANS LA COLLECTIVITÉ	11
QUE PUIS-JE FAIRE POUR APPORTER UN SOUTIEN AUX PARENTS OU AUX SOIGNANTS DES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE?	12
COMMENT PUIS-JE AIDER À RENFORCER LA RÉSILIENCE DES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE?	14
CONCLUSION	15
RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES	16
NOTES EN FIN D'OUVRAGE	21

AVANT-PROPOS

Le document *Questions & réponses : Éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes ayant une incapacité physique* vise à répondre aux questions les plus fréquemment posées au sujet de l'éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire. Le but de cette ressource est d'apporter une aide à l'égard de la création de milieux d'apprentissage sains et positifs pour les jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire et de leur offrir une éducation en matière de santé sexuelle.

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle (Lignes directrices)*¹ de l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence), publiées pour la première fois en 1994 et révisées le plus récemment en 2008, ont été élaborées pour aider les professionnels travaillant à la promotion de la santé et dans le cadre de programmes d'éducation en matière de santé sexuelle à offrir des cours d'éducation générale en matière de santé sexuelle. La rétroaction découlant d'une évaluation nationale des *Lignes directrices* a indiqué que des documents connexes sont nécessaires pour que l'on puisse fournir des renseignements détaillés, des données probantes et des ressources à l'égard d'enjeux particuliers pour offrir des cours d'éducation en matière de santé sexuelle.

En réponse à cette rétroaction, l'Agence a établi que le format questions et réponses constituait une façon appropriée de fournir ces renseignements aux éducateurs et aux autres professionnels travaillant avec les populations d'âge scolaire. Les documents de style « questions et réponses » visent à se compléter et à aborder un éventail de sujets reflétant les enjeux actuels concernant l'éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des populations d'âge scolaire. Ils sont fondés sur des données probantes et ont été rédigés à l'aide d'un langage inclusif du masculin et du féminin, comme dans les *Lignes directrices*².

REMERCIEMENTS

L'Agence de la santé publique du Canada tient à remercier les nombreux collaborateurs et réviseurs qui ont participé à la production du document *Questions & réponses : Éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes ayant une incapacité physique*. Les experts travaillant dans le domaine de l'éducation en matière de santé sexuelle et de la promotion de celle-ci dans l'ensemble du Canada, y compris les membres du Groupe de travail sur la santé sexuelle, ont fourni de précieux conseils en vue de l'élaboration du présent document. De plus, l'Agence de la santé publique du Canada aimerait remercier les membres du personnel du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de leur contribution au présent document.

INTRODUCTION

Au Canada, la loi s'applique également à tous, indépendamment de toute discrimination fondée sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge ou les incapacités mentales ou physiques³.

Les incapacités varient selon la gravité et peuvent être visibles ou invisibles, médicalement définies et faire l'objet d'une stigmatisation sociale. Chaque personne les vit d'une façon unique⁴. Les incapacités peuvent comprendre diverses déficiences et diverses limitations de l'activité et restrictions à la participation⁵.

Incapacités : C'est un terme général qui couvre les handicaps, les limitations de l'activité et des restrictions à la participation. Un handicap est un problème dans une fonction ou une structure de l'organisme; une limitation de l'activité est une difficulté rencontrée par un sujet pour exécuter une tâche ou une action; une restriction à la participation est un problème empêchant le sujet de s'engager pleinement dans les situations de la vie courante. Ainsi, l'incapacité est un phénomène complexe, reflétant une interaction entre les caractéristiques du corps d'une personne et les caractéristiques de la société dans laquelle elle vit⁶.

Le terme « incapacité physique » peut faire allusion à diverses conditions. Celles-ci peuvent être congénitales, acquises ou chroniques. Définir des types particuliers d'incapacités physiques pourrait offenser certaines personnes qui ne se considèrent pas comme étant handicapées, bien qu'elles aient reçu un diagnostic médical

d'incapacité physique. De plus, le terme pourrait exclure les gens ayant des conditions médicales qui ne sont pas considérées comme une « incapacité physique », mais dont découlent des limitations. Chaque incapacité est vécue de façon différente et affecte la façon dont une personne interagit avec le monde qui l'entoure. Par conséquent, le présent document discute des incapacités physiques en tant que catégorie générale, sans cerner ni distinguer des incapacités physiques particulières.

Incapacité physique : Incapacité caractérisée par la déviation ou la perte considérable d'une structure ou fonction de l'organisme qui donne lieu à des limitations quant à l'activité physique⁷.

Le présent document vise à fournir des réponses à certaines des questions les plus courantes que les professionnels pourraient avoir au sujet de la prestation de cours d'éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire. Il met particulièrement l'accent sur les incapacités physiques. D'autres types d'incapacités, telles que les incapacités intellectuelles, sont associés à des préoccupations particulières et requièrent des stratégies uniques relatives à l'éducation en matière de santé sexuelle. Celles-ci sont mieux abordées séparément de celles destinées aux jeunes ayant une incapacité physique.

Incapacité intellectuelle : Incapacité comprenant des limitations quant aux aptitudes mentales générales et au comportement adaptatif, qui couvre de nombreuses aptitudes sociales et habiletés pratiques requises au quotidien⁸.

Les réponses fournies dans la présente ressource sont fondées sur des recherches, des pratiques exemplaires et des données probantes actuelles. Les questions et réponses sont conçues pour apporter un soutien à la mise en œuvre des *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle (Lignes directrices)*⁹. Les *Lignes Directrices* sont fondées sur la vision commune selon laquelle une éducation efficace en matière de santé sexuelle est générale et reflète les divers besoins et diverses réalités de tous les gens selon une méthode appropriée à l'âge, fondée sur des données probantes, adaptée à la culture, respectueuse et incluant les jeunes ayant une incapacité physique. Les *Lignes directrices* énoncent qu'une éducation inclusive en matière de santé sexuelle, offerte à toutes les personnes résidant au Canada, est une composante importante de la promotion de la santé sexuelle¹⁰.

La présente ressource vise à aider les éducateurs (en milieu scolaire et à l'extérieur), les administrateurs des écoles, les planificateurs de programmes et de programmes scolaires, les décideurs et les professionnels de la santé à mettre en œuvre les *Lignes directrices* pour s'assurer de ce qui suit :

1. les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle comprennent les besoins en matière de santé, de sécurité et d'éducation des jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire;
2. les expériences des jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire sont incluses dans toutes les facettes de l'éducation générale en matière de santé sexuelle; et
3. les buts et les objectifs d'une éducation générale inclusive en matière de santé sexuelle ont été bien expliqués aux professionnels travaillant avec les jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire.

QUE SAVONS-NOUS AU SUJET DE LA SEXUALITÉ DES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE?

Selon Statistique Canada, en 2006, environ 4,6 % des jeunes âgés de 5 à 14 ans et 4,7 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans au Canada vivaient avec une incapacité¹¹. En outre, 96 % des jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire fréquentaient l'école et 88,7 % d'entre eux n'étaient pas isolés dans des classes distinctes¹². Étant donné la prévalence des incapacités chez les jeunes au Canada et l'intégration des jeunes ayant une incapacité physique dans les classes avec des jeunes qui n'ont pas d'incapacités, il est important que tous les éducateurs soient au courant des besoins de ces jeunes et soient équipés pour les inclure dans leur programme d'éducation en matière de santé sexuelle.

Le développement sexuel des jeunes ayant une incapacité physique peut être influencé par leur condition, leurs limitations fonctionnelles ou leurs traitements médicaux¹³. Par exemple les jeunes ayant une incapacité physique peuvent vivre une puberté précoce ou tardive en raison de leur affection ou des médicaments qu'ils prennent pour la combattre. Ils peuvent également éprouver des difficultés liées aux changements hormonaux en raison de leurs limitations fonctionnelles¹⁴.

Néanmoins, les jeunes ayant une incapacité physique sont sexuellement actifs. Dans une étude sur les jeunes canadiens ayant des problèmes de santé physique chroniques et étant âgés de 14 à 18 ans, 26 % d'entre eux ont déclaré être sexuellement actifs¹⁵. Les recherches donnent à penser qu'il existe peu de différences entre les taux de comportement sexuel chez les jeunes ayant une incapacité physique et les taux des

jeunes qui n'ont pas d'incapacités physiques. Par exemple, une étude sur les expériences sexuelles des adolescents ayant des problèmes de santé chroniques donne à penser qu'il y a peu de différences entre les jeunes qui ont des problèmes de santé chroniques et ceux qui n'en ont pas en ce qui concerne l'âge des premières relations sexuelles (environ 14 ans), la prévalence de l'activité sexuelle (de 43 à 44 %) et l'utilisation d'un moyen de contraception (de 83 à 87 %). De façon semblable, une recherche comparant le taux de grossesse des jeunes qui ont des problèmes de santé chroniques à celui des jeunes qui n'en ont pas donne à penser qu'il y a peu de différences entre ces deux groupes¹⁶. De plus, une étude sur les jeunes de la 7^e à la 12^e année a permis de constater que la proportion de jeunes ayant une incapacité physique qui s'identifiaient comme étant non hétérosexuels était semblable à celle des jeunes qui n'ont pas d'incapacités physiques¹⁷.

POURQUOI UNE ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE COMPRENANT LES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE EST-ELLE NÉCESSAIRE?

La sexualité constitue une partie importante du bien-être général pour tous les gens, y compris les personnes ayant une incapacité physique. Elle est liée à d'autres aspects de la santé, y compris la santé mentale, la santé émotionnelle et le bien-être social dans le cadre de relations saines¹⁸. Tous les Canadiens, y compris les jeunes ayant une incapacité physique, ont droit à des cours d'éducation en matière de santé sexuelle afin d'acquérir les renseignements et les compétences nécessaires pour :

- réduire le risque lié aux problèmes de santé génésique et sexuelle;
- renforcer leur capacité d'entretenir des relations enrichissantes;
- être en bonne santé et éprouver un bien-être, en général.

Les recherches évaluant les répercussions de l'éducation en matière de santé sexuelle indiquent qu'il y a une corrélation entre une telle éducation et un faible risque de grossesse non désirée et d'infections transmissibles sexuellement (ITS) chez les jeunes¹⁹. Cette éducation donne également lieu à une augmentation des connaissances et des compétences nécessaires pour prendre des décisions au sujet de la sexualité²⁰. Le fait de ne pas offrir de programme d'éducation en matière de santé sexuelle qui comprend les jeunes ayant une incapacité physique fait que ceux-ci sont exposés à des risques plus élevés en ce qui

concerne les ITS²¹, le VIH, la violence²², l'exploitation sexuelle²³, une faible estime de soi, l'isolement social²⁴ et une faible qualité de vie globale²⁵.

Malgré l'importance de l'éducation en matière de santé sexuelle pour la prévention des ITS et d'autres conséquences négatives relatives à la santé sexuelle, des recherches donnent à penser que les besoins en matière de santé sexuelle des jeunes ayant une incapacité physique ne sont pas respectés²⁶.

Une étude sur les jeunes atteints de spina bifida a permis de constater que, bien qu'environ 50 % d'entre eux aient suivi des cours d'éducation en matière de santé sexuelle à l'école, seuls 17 % avaient bénéficié de cours d'éducation en matière de santé sexuelle propres à leur maladie²⁷. Une autre étude sur de jeunes femmes atteintes de fibrose kystique a souligné la nécessité d'un programme d'éducation en matière de santé sexuelle inclusif, car les répondantes avaient très peu de connaissances au sujet des risques potentiels associés à la grossesse chez les femmes atteintes de fibrose kystique²⁸.

De plus, une récente étude canadienne a permis de constater que 55 % des filles et 51 % des garçons âgés de 13 à 18 ans préféreraient obtenir des réponses à leurs questions au sujet de la santé sexuelle de la part de professionnels de la santé²⁹. Étant donné le temps que les jeunes passent à l'école et le fait qu'ils préfèrent que des professionnels soient une source de renseignements sur la santé sexuelle, les éducateurs et les professionnels de la santé sont bien placés pour fournir à tous les jeunes, y compris ceux ayant une incapacité physique, les connaissances, la compréhension, les attitudes et les compétences dont ils ont besoin pour favoriser et protéger leur santé sexuelle tout au long de leur vie³⁰.

QUELS SONT LES OBSTACLES À L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE POUR LES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE?

OBSTACLES PHYSIQUES

Les établissements d'enseignement publics au Canada ont fait des progrès considérables au cours de la dernière décennie pour rendre les édifices accessibles aux personnes ayant une incapacité physique. Cependant, la réduction d'obstacles physiques à l'éducation suppose davantage d'efforts que le simple retrait d'obstacles physiques à un édifice. Elle concerne également le fait de favoriser des milieux d'apprentissage qui valorisent et facilitent la pleine participation des jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire et de veiller à ce que les approches en matière d'enseignement soient inclusives. Malgré de récents progrès, les obstacles physiques à l'éducation en matière de santé sexuelle existent toujours pour les jeunes ayant une incapacité physique.

Selon leur état de santé ou la gravité de leur incapacité physique, il se peut que les jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire s'absentent de l'école pendant un grand nombre de jours en raison de problèmes de santé³¹. L'absentéisme peut donner lieu au fait que ces jeunes manquent des occasions d'accéder à des cours d'éducation en matière de santé sexuelle et à des interactions sociales avec leurs pairs. Il est important que les éducateurs considèrent les cours de santé sexuelle manqués comme des cours manqués dans d'autres matières et s'assurent qu'on donne aux jeunes absents l'occasion d'apprendre cette matière.

Même lorsqu'ils sont présents à l'école, les jeunes ayant une incapacité physique sont souvent exemptés des cours d'éducation physique, dans le cadre desquels l'éducation en matière de santé sexuelle est une matière couramment enseignée. Il est essentiel que les jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire soient inclus dans ces classes, même s'ils ne peuvent participer à certaines ou à la totalité des composantes relatives à l'activité physique³².

Les méthodes d'enseignement peuvent aussi représenter un obstacle physique à l'éducation en matière de santé sexuelle pour les jeunes ayant une incapacité physique. Par exemple, un jeune ayant une incapacité visuelle pourrait trouver que des films ou des images qui illustrent des parties du corps constituent un obstacle à l'apprentissage. De façon semblable, un jeune qui a une incapacité auditive pourrait être exclu d'occasions d'apprentissage lorsque des méthodes d'enseignement traditionnelles (p. ex. cours magistral) sont utilisées avec peu de matériel visuel.

Il est important que les éducateurs soient au courant des besoins en matière d'apprentissage uniques de chaque personne et adaptent leurs méthodes d'enseignement pour répondre à ces besoins.

Accessibilité : Mesures permettant de veiller à ce que les personnes ayant une incapacité aient accès à l'environnement physique, aux transports, aux technologies de l'information et de la communication et aux autres équipements et services ouverts ou fournis au public³³.

OBSTACLES COMPORTEMENTAUX

Les attitudes sociétales canadiennes envers les personnes ayant une incapacité sont reflétées dans

la *Charte des droits et libertés* et dans les lois provinciales et territoriales, qui garantissent des droits égaux et la prestation de services pour les personnes ayant une incapacité vivant au Canada. Malgré ces textes officiels, il existe toujours des obstacles comportementaux à l'éducation en matière de santé sexuelle pour les jeunes ayant une incapacité physique. Ces obstacles peuvent limiter les occasions pour ces jeunes d'apprendre et d'améliorer leur bien-être global.

Bien que des recherches donnent à penser que les jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire sont aussi actifs sur le plan sexuel que les jeunes qui n'ont pas d'incapacités physiques, les pairs, les parents, les éducateurs et d'autres professionnels peut présumer souvent que les jeunes ayant une incapacité physique sont asexués ou qu'ils n'ont pas d'intérêts sexuels³⁴. Cependant, des recherches indiquent que les jeunes ayant une incapacité physique ont bel et bien des intérêts sexuels et qu'ils ont l'intention d'avoir une vie sexuelle.

Par exemple, une étude sur des jeunes atteints de spina bifida a permis de constater que 73,5 % d'entre eux voudraient un jour se marier et que 63,7 % d'entre eux avaient pensé à avoir des enfants³⁵. Une autre étude chez les jeunes femmes atteintes de fibrose kystique a permis de constater que 51 % d'entre elles prévoient avoir des enfants dans un avenir rapproché³⁶.

Un manque d'information et d'éducation parmi les parents, les éducateurs et d'autres professionnels à l'égard de la sexualité et des incapacités pourrait contribuer à la formulation de ces hypothèses ainsi qu'à la stigmatisation associée aux personnes ayant une incapacité³⁷. Les jeunes ayant une incapacité physique sont des êtres sexuels et ont besoin de renseignements sur la santé sexuelle pour se protéger des ITS ou d'une grossesse non désirée et pour avoir une santé sexuelle optimale.

Asexualité : Le fait de ne pas être attiré sexuellement par d'autres personnes ou de ne pas avoir d'intérêt envers la sexualité.

Un autre obstacle comportemental à l'éducation en matière de santé sexuelle pour les jeunes ayant une incapacité physique concerne la perception erronée selon laquelle ils ont des incapacités cognitives qui limitent leur capacité de prendre des décisions rationnelles et éclairées en ce qui concerne la sexualité. Il se peut que les éducateurs et d'autres professionnels soient réticents à fournir des renseignements sur la santé sexuelle à des jeunes d'âge scolaire s'ils pensent que ceux-ci pourraient ne pas être capables de les comprendre ou ne seront pas en mesure d'utiliser ces renseignements pour prendre des décisions. Il est important de se rappeler que les jeunes ayant une incapacité physique, comme tous les jeunes, ont le droit d'obtenir des renseignements sur la santé sexuelle pour protéger leur propre santé sexuelle et utiliser ces renseignements au moment de prendre des décisions relatives à la sexualité.

De plus, un examen de la littérature portant sur les attitudes des jeunes d'âge scolaire a permis de constater que ces derniers préfèrent fréquenter des jeunes qui n'ont pas d'incapacités physiques plutôt que ceux qui en ont³⁸. Une étude sur des élèves du secondaire a permis de constater que près du quart (21 %) d'entre eux avaient des attitudes allant de négatives à très négatives envers les personnes ayant une incapacité³⁹. Ces attitudes peuvent agir en tant qu'obstacles à l'établissement de relations et à l'acquisition d'aptitudes à communiquer pour les jeunes ayant une incapacité physique pour améliorer leur santé sexuelle.

Les éducateurs peuvent aider à combattre la stigmatisation et à favoriser des attitudes plus positives par l'entremise de l'information, de la communication, des contacts avec d'autres personnes et de leur propre comportement. Les renseignements sur les incapacités et la sexualité peuvent être intégrés à tous les cours d'éducation en matière de santé sexuelle. Pendant ces cours, les éducateurs peuvent fournir des occasions de contacts structurés au moyen d'activités requérant une communication et une coopération, comme les jeux de rôles, la résolution de problèmes ou les activités de groupe.

OBSTACLES ÉCONOMIQUES

Pour les jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire, des coûts supplémentaires pourraient constituer un obstacle considérable à leur éducation en matière de santé sexuelle. Selon des données de Statistique Canada recueillies en 2006, moins de la moitié (45,3 %) des jeunes (âgés de 5 à 14 ans) qui ont besoin d'équipement spécialisé pour fonctionner (p. ex. pour entendre, voir, marcher ou parler) avaient accès à cet équipement. Près de la moitié (46,7 %) des jeunes dont les besoins n'étaient pas comblés avaient une incapacité très grave. Le fardeau lié au paiement de cet équipement reposait la plupart du temps sur les parents et la famille (60,7 %). Le coût constituait la raison la plus courante citée pour les besoins insatisfaits (56,1 %)⁴⁰.

L'absence de cet équipement empêche pratiquement les jeunes ayant une incapacité physique de participer à leur éducation. Dans ces cas, il est plus important pour les éducateurs et les autres professionnels donnant les cours d'éducation en matière de santé sexuelle de s'assurer que leurs méthodes d'enseignement sont adaptées aux besoins et aux capacités de ces élèves.

QUELLES SONT LES CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE?

SANTÉ MENTALE

Tous les aspects de la santé d'une personne sont interreliés. Même si ce ne sont pas tous les jeunes ayant une incapacité physique qui recevront un diagnostic clinique de problèmes de santé mentale, il y a un lien fort entre les incapacités physiques et le risque lié aux troubles tels que la dépression ou l'anxiété⁴¹.

Bien que les attitudes envers les personnes ayant une incapacité physique se soient améliorées au cours des dernières décennies, ces personnes font encore face à de la discrimination et à une stigmatisation qui peuvent avoir une incidence négative sur leur santé mentale. Il se peut que les personnes ayant une incapacité physique soient isolées et marginalisées en raison de la discrimination et des attitudes négatives. Il se peut également qu'elles intériorisent ces attitudes négatives.

Les expériences liées à la discrimination, à la stigmatisation, au rejet et à l'intériorisation des attitudes négatives pourraient donner lieu à une faible estime de soi, à un faible bien-être émotionnel et à une mauvaise image du corps chez les jeunes ayant une incapacité physique⁴². Une étude sur des jeunes ayant des problèmes de santé chroniques, y compris des incapacités physiques, a indiqué que ces jeunes étaient plus susceptibles d'avoir une image du corps négative et d'adopter des comportements nuisibles, comme la frénésie alimentaire ou les vomissements provoqués ou la prise de purgatifs, que les jeunes qui n'ont pas ces problèmes de santé⁴³. Une autre

étude a permis de constater que le bien-être sexuel et l'image du corps sont davantage associés au bien-être psychologique global chez les personnes ayant une incapacité physique que chez les personnes qui n'ont pas d'incapacités physiques⁴⁴. Les jeunes ayant une incapacité physique reconnaissent moins leur charme que leurs pairs et ont indiqué avoir des sentiments d'insuffisance socio-affective plus fréquemment que leurs pairs⁴⁵.

BIEN-ÊTRE SOCIAL

Dans de nombreux cas, le rejet, l'isolement social, la dépression et la consommation d'alcool et de drogues peuvent donner lieu à des résultats sociaux négatifs. Des recherches donnent à penser que les jeunes ayant une incapacité qui fumaient ou consommaient des drogues illicites affichaient des taux plus élevés à l'égard de ce qui suit :

- a) décrocher de l'école secondaire;
- b) ne pas obtenir de diplôme d'études secondaires;
- c) se faire arrêter

que les jeunes qui n'ont pas d'incapacités⁴⁶. Cela peut par conséquent mener à la perte d'occasions de participer à des cours d'éducation en matière de santé sexuelle et d'apprendre dans un milieu formel en compagnie de leurs pairs.

Les jeunes ayant une incapacité physique ne bénéficient souvent pas de réseaux de soutien et de modèles pour composer avec les difficultés et éviter ces résultats négatifs. L'absence de soutien social, en particulier de la part de ceux qui vivent avec une incapacité semblable, pourrait rendre les jeunes ayant une incapacité physique plus vulnérables aux répercussions sociales négatives d'une faible estime de soi, de la consommation d'alcool et de drogues, de la discrimination et de la stigmatisation sur la santé sexuelle.

EXPLOITATION ET ABUS

Les jeunes ayant une incapacité sont trois fois plus susceptibles de se faire abuser que les jeunes qui n'ont pas d'incapacités⁴⁷. Les jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire ont souvent des besoins en matière de soins personnels tels que le besoin de se faire aider à l'égard de tâches quotidiennes, comme s'habiller ou se laver. Dans certains cas, les soins personnels assistés peuvent faire que les jeunes ayant une incapacité physique baissent leur garde et tolèrent de se faire toucher⁴⁸. Le relâchement de la vigilance à cet égard pourrait faire que ces jeunes sont moins susceptibles de reconnaître et de refuser des contacts par le toucher inappropriés. Cela peut par conséquent les rendre plus vulnérables à une exploitation et à un abus potentiels⁴⁹.

La différence entre un contact par le toucher approprié et un contact par le toucher inapproprié devrait être enseignée aux jeunes ayant une incapacité physique pour qu'ils puissent acquérir les aptitudes dont ils ont besoin pour se défendre s'ils perçoivent que quelqu'un a franchi cette ligne. De plus, il se peut que les jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire aient un besoin accru d'acceptation sociale en raison d'attitudes liées à la stigmatisation des incapacités. Cela pourrait les mener à être de plus en plus vulnérables à l'exploitation.

AUTRES RISQUES POUR LA SANTÉ

Le fait de ne pas fournir aux jeunes ayant une incapacité physique des renseignements appropriés sur la santé sexuelle contribue à un problème de santé publique considérable. Les jeunes ayant une incapacité physique font face à un risque plus élevé de contracter des infections transmissibles sexuellement, y compris le VIH, que leurs pairs qui n'ont pas d'incapacités physiques⁵⁰. Un accès restreint à des cours d'éducation en matière de santé sexuelle, un faible niveau d'instruction, la discrimination, une faible estime de soi et la dépression ont tous été liés à des comportements sexuels à risque élevé et à des résultats relatifs à la santé sexuelle négatifs parmi la population générale⁵¹ et chez les jeunes ayant une incapacité physique⁵². À cela est combiné le fait que certains jeunes ont des affections qui pourraient toucher leur capacité d'utiliser des méthodes de protections courantes telles que les condoms⁵³. Par exemple, les personnes atteintes de paralysie cérébrale pourraient ne pas avoir la dextérité nécessaire pour mettre un condom. Celles atteintes de spina bifida ont souvent des allergies au latex⁵⁴.

QUE PUIS-JE FAIRE POUR SOUTENIR L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE DES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE?

Les suggestions suivantes pour les éducateurs (en milieu scolaire et à l'extérieur), les écoles et la collectivité élargie sont fournies dans le but de stimuler la réflexion et les discussions sur ce que les professionnels de la santé et de l'éducation peuvent faire pour créer un milieu dans lequel l'éducation générale en matière de santé sexuelle est comprenant de tous les jeunes d'âge scolaire.

PERSONNELLEMENT

- Réfléchir à vos valeurs et attitudes personnelles à l'égard des jeunes ayant une incapacité physique et de la sexualité. Penser à la façon dont ces ensembles de valeurs pourraient influencer la manière dont vous offrez des services et des cours d'éducation en matière de santé sexuelle aux jeunes ayant une incapacité physique.
- Soutenir une approche axée sur les droits qui lie l'éducation en matière de santé sexuelle aux principes relatifs aux droits de la personne. Tous les partenaires et les intervenants dans le domaine de l'éducation ont le devoir de diligence et la responsabilité professionnelle de faciliter la mise en place de milieux sécuritaires et positifs qui soutiennent la santé de tous les jeunes, y compris ceux ayant une incapacité physique.
- Soutenir les modifications apportées aux politiques existantes en milieu scolaire et à l'extérieur qui pourraient avoir une incidence négative sur les jeunes ayant une incapacité physique. Par exemple, une politique qui énonce que l'utilisation d'un ascenseur n'est réservée qu'aux personnes ayant une incapacité peut donner lieu à l'isolement social de ces jeunes. Le fait de réviser la politique pour que leurs amis puissent les accompagner peut créer un milieu plus inclusif pour les jeunes ayant une incapacité physique.
- S'éduquer et demander à avoir des occasions de perfectionnement professionnel liées à la santé sexuelle et aux incapacités physiques.
- Envisager un partenariat avec les autorités sanitaires locales pour soutenir des programmes d'éducation en matière de santé sexuelle qui incluent les jeunes ayant une incapacité physique. Par exemple, les éducateurs en santé sexuelle, les infirmiers, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes aident souvent les écoles à l'égard de l'éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes ayant une incapacité physique.
- Explorer une façon d'aborder les questions relatives à la sexualité et aux incapacités auprès de vos collègues et de l'administration de l'école.
- Apprendre à parler ouvertement des relations sexuelles et de la sexualité, y compris la sexualité et les incapacités.
- S'informer au sujet des ressources disponibles dans les écoles et la collectivité qui permettent d'apporter un soutien aux jeunes, aux familles et aux soignants composant avec des incapacités physiques.
- Aider les jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire à relever les comportements sains et malsains qui pourraient avoir des répercussions sur leur santé sexuelle.
- Faire la promotion d'espaces sécuritaires dans les écoles en contestant les stéréotypes, les injures et l'intimidation lorsque vous en êtes témoin.
- Créer un milieu où il est acceptable de discuter de la santé sexuelle. Tous les jeunes d'âge scolaire sont beaucoup plus susceptibles de poser des questions et de chercher à obtenir

un soutien s'ils savent qu'on répondra à leurs questions d'une manière encourageante et en ne portant pas de jugement et qu'on leur fournit des renseignements sur la santé appropriés pour leur âge qui répond à leurs besoins⁵⁵.

- Considérer la matière manquée sur la santé sexuelle comme toute autre matière manquée. Offrir aux élèves absents des occasions d'apprendre la matière sur la santé sexuelle à leur retour.
- Créer des occasions d'interaction sociale entre les jeunes ayant une incapacité physique et ceux qui n'ont pas d'incapacités. Ce contact peut aider à promouvoir des attitudes positives au sujet des jeunes ayant une incapacité physique.
- Intégrer des modèles de personnes ayant une incapacité physique à votre enseignement de l'éducation en matière de santé sexuelle. Le fait de fournir un modèle qui comprend et partage leur situation peut aider les jeunes ayant une incapacité physique à avoir une mentalité résiliente et une sexualité saine⁵⁶.
- Aborder les hypothèses selon lesquelles les jeunes ayant une incapacité physique sont moins actifs sur le plan sexuel que ceux qui n'ont pas d'incapacités physiques. Mettre l'accent sur le fait que tout le monde mérite d'être respecté.
- Utiliser un langage positif, inclusif et axé sur les gens lorsque vous discutez des personnes vivant avec une incapacité physique. Par exemple, parler d'une personne ayant une incapacité, et non d'une personne handicapée.
- Discuter des incapacités dans le contexte plus général de la diversité et de l'inclusion, plutôt que comme sujet distinct.
- Aider et encourager les jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire à agir en tant que leur propre défenseur.

- Reconnaître qu'il pourrait y avoir des cas où vous devez aider un jeune à trouver de plus amples renseignements ou l'aiguiller vers des organismes communautaires⁵⁷.
- Savoir reconnaître lorsqu'il est temps de chercher à obtenir un soutien supplémentaire. Il y aura des moments où vous aurez besoin des connaissances, des conseils ou de la sagesse de quelqu'un d'autre. La santé sexuelle est un sujet complexe, et vous pourriez ne pas être en mesure de répondre aux besoins de chaque personne. Ne pas avoir peur de consulter des ressources externes pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la santé sexuelle ou des renseignements propres à la santé⁵⁸.
- Lire les programmes éducatifs de votre province ou territoire pour cerner la façon dont vous pouvez répondre aux besoins d'apprentissage relatifs à l'éducation en matière de santé sexuelle des jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire. Dans le cas où l'éducation en matière de santé sexuelle ne serait pas incluse, en discuter avec le directeur de votre école, soulever la question auprès du commissaire de votre école ou communiquer avec le représentant de vos programmes éducatifs, selon le protocole de votre administration scolaire.

DANS LES ÉCOLES

- Présenter les *Lignes directrices pour l'éducation en matière de santé sexuelle* à l'échelle locale, provinciale ou territoriale comme étant un cadre permettant d'élaborer un programme éducatif général en matière de santé sexuelle qui comprend des renseignements pour les jeunes ayant une incapacité physique.
- Mettre l'accent sur le fait que les cours d'éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles sont destinés à tous les élèves.

- Favoriser l'accès pour les jeunes ayant une incapacité physique au moment d'élaborer les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle.
- Soutenir l'élaboration d'un programme d'éducation complet en matière de santé sexuelle qui aborde divers objectifs de promotion de la santé sexuelle et de prévention des maladies pour tous les jeunes d'âge scolaire.
- Élaborer des stratégies aidant à acquérir la prise de conscience et les compétences essentielles nécessaires pour créer des milieux propices à la santé sexuelle pour tous les jeunes d'âge scolaire.
- Favoriser les politiques scolaires qui soutiennent les enseignants en ce qui concerne la discussion de la santé sexuelle et la prestation de cours d'éducation générale à cet égard en classe.
- Encourager les cours d'éducation en matière de santé sexuelle offerts par des personnes qui ont beaucoup de connaissances à ce sujet et qui ne portent pas de jugement.
- Accroître les mesures de soutien social et éducatif destinées aux jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire qui sont inclusives, établir des mesures de sensibilisation aux incapacités et éduquer tous les élèves au sujet des questions relatives aux incapacités.
- Encourager dans les écoles la création de groupes de soutien pour les jeunes ayant une incapacité physique.
- Soutenir la formation et l'éducation de tous les membres du personnel à l'égard des questions relatives à la santé sexuelle et liées aux incapacités. Par exemple, pendant les journées pédagogiques, on pourrait offrir des ateliers ou des exposés visant à sensibiliser les gens aux questions relatives aux incapacités et à accroître leur compréhension à cet égard. Ces ateliers pourraient offrir des occasions de discuter des aptitudes nécessaires pour être

un bon défenseur ou permettre d'élaborer un « plan d'action ». Une liste d'objectifs nécessaires pour améliorer le milieu scolaire pour les personnes ayant une incapacité physique pourrait être créée⁵⁹.

- En collaboration avec les jeunes d'âge scolaire, prévoir un cours d'éducation en matière de santé sexuelle qui est soutenu par un dialogue respectueux entre les élèves et les membres du personnel.

DANS LA COLLECTIVITÉ

- Soutenir l'élaboration de politiques en collaboration avec des organismes pour que les droits de la personne et en matière de sexualité fondamentaux des jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire soient reconnus et que ces jeunes soient traités sur un pied d'égalité, avec dignité et avec respect.
- Encourager votre arrondissement scolaire à élaborer des politiques scolaires et des programmes éducatifs qui mettent l'accent sur l'importance de l'éducation en matière de santé sexuelle pour tous les jeunes d'âge scolaire. Encourager les responsables de l'élaboration des programmes éducatifs à tenir compte des besoins uniques des jeunes ayant une incapacité physique au moment d'élaborer ces programmes.
- Soutenir l'adaptation et la prestation de programmes en matière de santé sexuelle actuels et généraux pour tous les jeunes d'âge scolaire, y compris ceux ayant une incapacité physique, pour tous les niveaux scolaires, reflétant ainsi les divers stades de développement des jeunes d'âge scolaire.
- Remettre en question les stéréotypes médiatiques inexacts ou les renseignements erronés au sujet des personnes ayant une incapacité physique.

- Cerner, au sein de la collectivité, les groupes de soutien destinés aux jeunes ayant une incapacité physique.
- Encourager l'établissement de liens entre les organismes communautaires et les écoles pour coordonner des stages ou des activités de bénévolat pour les jeunes d'âge scolaire, dans le cadre desquels ceux-ci peuvent travailler avec des organismes qui défendent les personnes ayant une incapacité physique ou qui leur offrent des services.

QUE PUIS-JE FAIRE POUR APPORTER UN SOUTIEN AUX PARENTS OU AUX SOIGNANTS DES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE?

Les familles et les soignants jouent souvent un rôle important dans le fonctionnement quotidien des jeunes ayant une incapacité physique, particulièrement en ce qui concerne leurs soins personnels⁶⁰. Étant donné leurs contacts fréquents et étroits, les familles et les soignants peuvent aussi constituer des sources importantes de renseignements sur la santé sexuelle pour ces jeunes⁶¹.

Les familles et les soignants sont d'importants alliés pour apporter un soutien aux jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire en tant qu'êtres sexuels. Cependant, les éducateurs et les autres professionnels devraient être au courant des questions relatives à la confidentialité entourant les préoccupations relatives à la santé sexuelle des jeunes d'âge scolaire.

Avant de faire participer les familles ou les soignants à l'éducation en matière de santé sexuelle des jeunes, il est important de connaître l'avis de ceux-ci au sujet de la participation de leurs parents ou soignants et d'obtenir leur permission. Les jeunes peuvent percevoir l'école comme un endroit où ils peuvent exercer leur autonomie et leur indépendance. Les éducateurs devraient en être au courant et respecter la volonté du jeune en fonction de l'âge et des circonstances individuelles.

Les familles et les soignants des jeunes ayant une incapacité physique font souvent face à de nombreuses difficultés. Il est important de s'assurer qu'ils bénéficient d'un soutien. Les familles et les soignants des jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire sont souvent tiraillés, sur le plan tant émotionnel que financier. Ils font face à de nombreuses exigences qui peuvent causer du stress et une tension au sein de l'unité familiale et pour chaque membre de la famille. Ces exigences comprennent notamment les suivantes :

- visites répétées chez les médecins;
- séjours hospitaliers à long terme;
- jours de travail manqués, changement à l'égard de la situation relative à l'emploi, horaire de travail réduit;
- réduction du temps consacré aux amis ou à la famille élargie;
- stress conjugal ou effondrement de la relation;
- longues distances à parcourir pour avoir accès aux services;
- fardeaux financiers supplémentaires pour les dépenses, le matériel et les fournitures médicaux⁶².

Des recherches ont permis de relever neuf caractéristiques de la résilience chez les familles ayant des enfants ayant une incapacité physique. Ces familles :

- équilibrent les besoins d'un jeune ayant une incapacité physique avec d'autres besoins familiaux;
- maintiennent des limites familiales claires;

- acquièrent des compétences en matière de communication;
- donnent un sens positif à la situation;
- maintiennent une flexibilité familiale;
- maintiennent un engagement envers la famille en tant qu'unité;
- déploient des efforts actifs au moment de composer avec la situation;
- maintiennent une intégration sociale;
- établissent des relations de collaboration avec des professionnels⁶³.

On peut apporter un soutien aux parents et aux soignants en les orientant vers les groupes de soutien et les ressources communautaires permettant de les aider à favoriser un développement sexuel sain chez les jeunes ayant une incapacité physique.

Éduquer tous les parents pourrait aider à établir un milieu scolaire inclusif pour leurs enfants. Par exemple, fournir des renseignements sur les incapacités physiques à tous les parents à l'école les aidera à inculquer des valeurs et attitudes inclusives chez tous les élèves.

Tous les jeunes requièrent un soutien, de l'acceptation, de la compréhension et de la compassion de la part de leur famille pour qu'ils puissent se développer sainement. Le fait d'être au courant des difficultés auxquelles font face les familles de jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire et de leur fournir un accès à des ressources qui renforcent la résilience des jeunes et des membres de leur famille permettra aux familles de soutenir la santé et la sexualité de leurs enfants.

COMMENT PUIS-JE AIDER À RENFORCER LA RÉSILIENCE DES JEUNES AYANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE?

La résilience requiert une façon de penser ou des compétences qui permettent aux gens de réussir dans diverses circonstances. Cela peut être lié à la santé sexuelle, mais n'y est pas limité. Cet ensemble de compétences et d'approches à l'égard de la résolution de problèmes établit un éventail de facteurs de protection contre les comportements compromettant la santé ou les stratégies d'adaptation destructrices.

Résilience : Capacité de composer positivement avec le stress et de le gérer, puis de « retourner » à un état antérieur de fonctionnement normal et d'intégrer des mesures d'adaptation en vue de futures situations⁶⁴.

Des recherches canadiennes ont permis de relever les caractéristiques clés suivantes chez les jeunes résilients :

- accès à des ressources de base telles que la nourriture, les vêtements, l'hébergement, l'éducation et les services de santé;
- possibilité de relations positives avec la famille, les pairs et la collectivité;
- identité personnelle forte, y compris un but bien précis, des aspirations et des croyances;
- sentiment interne fort de contrôle et d'autonomie personnelle;

- respect des traditions culturelles, y compris les valeurs et les pratiques culturelles;
- acceptation et égalité sociale dans la collectivité;
- sentiment de cohésion avec les autres personnes, c'est-à-dire des sentiments d'appartenance ou un sens des responsabilités sociales⁶⁵.

Les éducateurs et les autres professionnels peuvent faire plusieurs choses importantes pour favoriser la résilience chez les jeunes ayant une incapacité physique:

- aider les jeunes à établir des relations avec des pairs et des modèles peut créer des réseaux de soutien pour les jeunes ayant une incapacité physique et mener à une meilleure estime de soi et à une confiance en soi accrue;
- fournir des milieux qui sont respectueux, qui comprennent des attentes saines et qui reconnaissent les réalisations des jeunes ayant une incapacité physique peut également mener à une meilleure estime de soi et à une confiance en soi accrue;
- soutenir un milieu scolaire qui est pleinement accessible aux jeunes ayant une incapacité physique peut leur fournir davantage d'occasions de socialiser avec leurs pairs, réduire la probabilité d'exclusion sociale et accroître le sentiment d'appartenance pour ces jeunes. Par exemple, cela pourrait inclure le fait de rendre les vestiaires, les douches et les toilettes communes accessibles aux jeunes ayant une incapacité physique. Lorsque leur participation à des activités avec leurs camarades est régulièrement restreinte en raison de limitations environnementales physiques, les élèves ayant une incapacité physique ont peu d'occasions d'établir des relations avec leurs pairs. Cela a par conséquent une incidence négative sur leur confiance en eux-mêmes et leur estime d'eux-mêmes;

- le fait d'inclure des discussions sur les incapacités et la sexualité dans les cours d'éducation en matière de santé sexuelle et de rendre les ressources sur les incapacités et la sexualité disponibles dans les bibliothèques des écoles peut accroître la compréhension chez les jeunes et rassurer les jeunes ayant une incapacité physique sur le fait qu'ils ne sont pas seuls. Par exemple, les éducateurs devraient envisager d'intégrer aux plans de cours des livres ou du matériel qui mettent en vedette un jeune ayant une incapacité au cours d'un rendez-vous galant ou d'une relation sexuelle, pour aborder les préjugés et les mythes au sujet de la sexualité des personnes ayant une incapacité physique.

Les jeunes ayant une incapacité physique qui ont une meilleure estime de soi, qui acceptent mieux leurs incapacités et qui ont de meilleurs liens avec la famille, l'école ou la collectivité sont plus susceptibles d'être résilients et de prendre de saines décisions à l'égard de la sexualité. Les jeunes qui n'ont pas une bonne estime de soi ou un fort sentiment d'appartenance avec les pairs sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risque élevé, notamment la toxicomanie et les relations sexuelles risquées⁶⁶.

En fournissant des systèmes de soutien et en encourageant la compréhension et l'inclusion, les écoles ont la capacité de renforcer la résilience des jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire. De telles mesures de soutien pour ces jeunes et leur famille les aideront à avoir une sexualité saine et à être en mesure de composer avec leurs incapacités physiques de façon positive tout au long de leur vie.

CONCLUSION

Les éducateurs et les autres professionnels travaillant avec les jeunes ayant une incapacité physique ont la responsabilité de s'assurer que les droits et la dignité de ces jeunes sont respectés. Offrir des cours d'éducation en matière de santé sexuelle incluant les jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire est essentiel à leur santé et à leur développement en général. Des stratégies axées sur des données probantes, comme celles que l'on trouve dans le présent document, peuvent être utilisées pour créer des milieux positifs pour les jeunes ayant une incapacité physique et pour favoriser les discussions sur les incapacités et la sexualité.

Le fait de ne pas répondre adéquatement aux besoins éducatifs, sociaux, culturels et en matière de santé publique des jeunes ayant une incapacité physique d'âge scolaire les prive de facteurs de protection et de mesures de soutien clés dans leur vie. Il est important que les jeunes se sentent en sécurité et soutenus et que les écoles et les collectivités répondent à leurs besoins physiques et en matière d'apprentissage. Il est également important de créer un milieu où les jeunes ayant une incapacité physique peuvent apporter leur contribution, être mobilisés et être au service d'autres personnes. En travaillant ensemble, les enseignants, les parents, les soignants et les administrateurs peuvent aider ces jeunes à renforcer leur résilience, à bien se défendre eux-mêmes et à faire des choix sains qui peuvent améliorer leurs chances d'avoir une vie adulte saine, heureuse, productive et satisfaisante.

Les Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle (Lignes directrices) constituent une ressource que les éducateurs, les administrateurs d'école et les professionnels de la santé peuvent utiliser pour évaluer leurs propres programmes d'éducation en

matière de santé sexuelle et planifier et mettre en œuvre des cours d'éducation en matière de santé sexuelle qui comprennent les besoins des jeunes ayant une incapacité physique. Les *Lignes directrices* fournissent également des directives sur la façon de faire le suivi de ces programmes et de les évaluer pour s'assurer qu'ils sont exacts, à jour et fondés sur des données probantes et qu'ils ne reposent pas sur des jugements.

RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Les opinions exprimées dans les ressources sont celles des auteurs ou des organismes et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de l'Agence de la santé publique du Canada. Bien qu'elles puissent aborder un problème de santé particulier, certaines ressources ont été incluses pour leur applicabilité, en principe, à d'autres incapacités physiques.

Remarque : Avant d'utiliser les ressources auprès des jeunes d'âge scolaire, il est conseillé de les consulter préalablement, étant donné que certaines d'entre elles pourraient contenir un contenu de nature délicate et pourraient ne pas être appropriées pour tous les âges.

Organismes

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec

<http://fr.aerdpq.org/a-propos/mission>

1001, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 430
Montréal (Québec) H3A 3C8
Téléphone : 514-282-4205
Télécopieur : 514-847-9473
Courriel : info@aerdpq.org

L'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) regroupe les 21 établissements du réseau de la santé et des services sociaux, répartis en 105 points de services sur l'ensemble du territoire québécois. Les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) du Québec offrent des services spécialisés et surspécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience physique.

Conseil des Canadiens avec déficiences

www.ccdonline.ca/fr/

294, avenue Portage, bureau 926
Winnipeg (Manitoba) R3C 0B9
Téléphone : 204-947-0303
ATS : 204-943-4757
Télécopieur : 204-942-4625
Courriel : ccd@ccdonline.ca

Le Conseil des Canadiens avec déficiences est une organisation nationale de défense des droits des personnes ayant une incapacité, œuvrant pour l'avènement d'un Canada accessible et inclusif.

GF Strong Rehabilitation Centre – Sexual Health Rehabilitation Services (services de réadaptation en matière de santé sexuelle) (Vancouver Coastal Health)

<http://gfstrong.vch.ca/services/sexual/index.htm>

4255, rue Laurel
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 2G9
Téléphone : 604-734-1313
Télécopieur : 604-737-6359
Courriel : feedback@vch.ca

Le mandat du Centre est d'éduquer les clients (et leurs proches), de leur apporter un soutien émotionnel et, s'il y a lieu, de leur fournir des interventions médicales et non médicales, pour les aider à comprendre et à gérer les changements à l'égard de la sexualité qui résultent d'une incapacité physique.

Agence de la santé publique du Canada

<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/index-fra.php>

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Agence de la santé publique du Canada
100, promenade Eglantine,
I.A. 0602C, Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Télécopieur : 613-946-0678
Courriel : ccd-cclmti@phac-aspc.gc.ca

Sunny Hill Education Resource Centre

www.bcchildrens.ca/sherc

3644, rue Slocan, bureau S225
Vancouver (Colombie-Britannique) V5M 3E8
Sans frais : 1-800-331-1533
Téléphone : 604-453-8335
Télécopieur : 604-875-3455
Courriel : sherc@cw.bc.ca

Le Sunny Hill Education Resource Centre (SHERC) héberge une collection unique de livres, de vidéos, de revues, de jeux de société, de programmes éducatifs et de divers accessoires et matériel éducatifs conçus pour les enfants ayant une incapacité. La bibliothèque héberge une grande collection de ressources en matière de sexualité et d'incapacités que les résidents de la Colombie-Britannique peuvent emprunter.

The Anne Johnston Health Station

<http://www.ajhs.ca/ajhs.htm>

2398, rue Yonge
 Toronto (Ontario) M4P 2H4
 Téléphone : 416-486-8666
 ATS : 416-486-6759
 Télécopieur : 416-486-8660
 Courriel : info@ajhs.ca

La Anne Johnston Health Station est un centre de santé communautaire sans but lucratif offrant un large éventail de programmes et de services qui font la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées, des jeunes et des personnes ayant une incapacité physique.

Ouvrages généraux

Enright, R. et S.L. VanHamme (1995).
Attention : ne pas ouvrir avant la puberté (Introduction à la sexualité pour les jeunes avec des déficiences). Sparta (Ontario): Devinjer Press.

Ce livre tente de briser le silence qui peut empêcher une discussion ouverte sur la sexualité avec les adolescents ayant une incapacité et leurs familles. Il est également recommandé pour les professionnels et les parents cherchant un moyen qui est non menaçant et plein d'humour pour discuter de sexualité avec les enfants et les adolescents.

Irvine, J.M. (1994). *Sexual Cultures and the Construction of Adolescent Identities.* Health, Society, and Policy Series, Philadelphia : Temple University Press.

Le livre explore la façon dont la race, la classe, le sexe, l'orientation sexuelle, la religion et les relations familiales d'un adolescent touchent le développement de son identité sexuelle. Il discute de la relation entre l'origine ethnique et les comportements sexuels, les désirs et l'image du corps des adolescents. En mettant l'accent sur les Asiatiques, les Latino-Américains, les gais et les lesbiennes et les adolescents ayant une incapacité physique, ce texte remet en question les généralisations courantes au sujet des groupes culturels dans le but d'aider les éducateurs à élaborer des programmes d'éducation sexuelle adaptés à la culture.

Kaufman, M. (2005). *Easy For You To Say: Q&A's for Teens Living With Chronic Illness or Disability.* Buffalo: Firefly Books.

L'ouvrage *Easy for You To Say* dresse le portrait de la vie d'adolescents éprouvant des difficultés uniques à mesure qu'ils essaient de comprendre le monde et leur place dans celui-ci. Le livre offre des conseils pratiques, un franc-parler et des réponses honnêtes à des questions que bon nombre de personnes seraient trop embarrassées de poser et aborde des enjeux comme la sexualité, la drogue, la famille et la mort.

Minkin, M. et L. Rosen-Ritt (1991). *Signs for Sexuality: A Resource Manual for Deaf and Hard of Hearing Individuals, their Families, and Professionals* (2nd Ed.). Seattle: Planned Parenthood of Seattle – King County.

Ce manuel contient plus de 250 mots de vocabulaires liés à la sexualité humaine et 600 photos montrant des mots et des phrases en utilisant langage gestuel liés au sexe et à la santé sexuelle.

Ouvrages de fiction

Wheeler S, D. (2005) *Aunt Scarlett's Farm*. Waterloo (Ontario), Canada : Sureen Publishing.

Vivre son enfance avec la maladie de Charcot-Marie-Tooth est tout sauf ennuyeux pour la petite Peggy Thompkin, âgée de 8 ans. Bien qu'elle marche à l'aide d'une canne et porte des orthèses pédi-jambières de plastique, Peggy profite de chaque jour avec autant d'entrain que les chevaux de course à la ferme de sa grand-tante Scarlett. Orpheline à l'âge de 4 ans, Peggy a rapidement été adoptée par sa grand-tante veuve. En tant que parent qui n'entend pas plaisanter ni choyer la petite, tante Scarlett présente à Peggy les vertus d'une force tranquille. Entourée d'une ménagerie, Peggy rassemble toutes ses forces et observe toutes les règles importantes de la ferme. Se faisant ridiculiser et intimider dans la cour d'école par trois brutes connues, Peggy apprend à surmonter les obstacles qu'elle rencontre. Ensemble, les lecteurs traversent chaque étape avec Peggy et vivent les difficultés physiques et émotionnelles, et les victoires, d'une enfant ayant une maladie neuromusculaire évolutive.

Films

Shameless: The ART of Disability (2006)

Durée : 71 minutes et 31 secondes

Classification : NR (non classé)

www.onf.ca/film/shameless_the_art_of_disability

L'Office national du film du Canada offre la possibilité de commander gratuitement des films (en format documentaire) ayant un contenu canadien portant sur un large éventail de sujets, y compris les incapacités physiques, la santé mentale, l'adoption, les parents de famille d'accueil et d'autres enjeux liés au domaine des incapacités physiques.

Ressources en ligne

Alberta Health Services

www.teachingsexualhealth.ca

www.tascc.ca (Talking About Sexuality in Calgary Communities)

Seventh Street Plaza
14e étage, Tour Nord
10030-107 rue NW
Edmonton (Alberta) T5J 3E4
Sans frais : 1-888-342-2471
Téléphone : 780-342-2000
Télécopieur : 780-342-2060
Courriel : info@tascc.ca

Le site Web Teachingsexualhealth.ca, des Alberta Health Services, fournit un soutien, des idées et des plans de leçon liés à l'éducation en matière de santé sexuelle et comprend une section sur les divers apprenants. Le site Talking About Sexuality in Calgary Communities contient des renseignements pour les fournisseurs de services qui travaillent avec les jeunes et comprend une section au sujet des jeunes ayant une incapacité physique.

**Fédération canadienne pour la santé sexuelle –
La sexualité et le handicap physique**

www.cfsh.ca/fr//Your_Sexual_Health/Sexuality-and-Disability/Sexuality-and-Physical-Disabilities.aspx

2197, promenade Riverside, bureau 403
Ottawa (Ontario) K1H 7X3
Téléphone : 613-241-4474
Télécopieur : 613-241-7550
Courriel : admin@cfsh.ca

La Fédération canadienne pour la santé sexuelle imagine une société globale qui considère une sexualité saine, la diversité de son expression et le choix en matière de reproduction comme des droits fondamentaux pour chaque personne tout au long de sa vie.

**Fibrose kystique Canada – La sexualité et la
fibrose kystique : renseignements à l'intention
des adolescents**

www.cysticfibrosis.ca/assets/files/pdf/Sexuality_and_CF_adolescentsF.pdf

2221, rue Yonge, bureau 601
Toronto (Ontario) M4S 2B4
Sans frais : 1-800-378-2233
Téléphone : 416-485-9149
Télécopieur : 416-485-0960
Courriel : info@cysticfibrosis.ca

Fibrose kystique Canada a publié un manuel sur la sexualité et les adolescents ayant la fibrose kystique. L'organisme a également un manuel semblable à l'intention des adultes et d'autres renseignements sur la sexualité sur son site Web.

**Ma Sexualité (La Société des obstétriciens et
gynécologues du Canada) – Éducation sexuelle
pour les jeunes présentant des déficiences
physiques**

www.masexualite.ca/fr/teachers/teaching_sex_ed_for_youth_with_physical_disabilities

780, promenade Echo
Ottawa (Ontario) K1S 5R7
Sans frais : 1-800-561-2416
Téléphone : 613-730-4192
Télécopieur : 613-730-4314
Courriel : helpdesk@sogc.com

Le site www.masexualite.ca s'engage à fournir des renseignements crédibles et à jour sur la santé sexuelle, y compris des conseils et des stratégies pour travailler avec les jeunes ayant une incapacité physique.

NOTES EN FIN D'OUVRAGE

- ¹ Agence de la santé publique du Canada (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (3^e éd.). Ottawa.
- ² Pour obtenir d'autres documents de cette série, voir : Agence de la santé publique du Canada (2010). *Questions & réponses : L'orientation sexuelle à l'école*. Ottawa; et Agence de la santé publique du Canada (2010). *Questions & réponses : L'identité sexuelle à l'école*. Ottawa.
- ³ *Charte canadienne des droits et libertés* (1982). Ottawa : paragraphe 15(1). Tiré de <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/Charte/page-1.html>. Consulté le 25 mars 2011.; *Haig c. Canada (Directeur général des élections)*, 3 R.C.S. 163 (1992).
- ⁴ Rembis, M.A. (2010). « Beyond the binary: Rethinking the social model of disabled sexuality ». *Sexuality and Disability*, 28(1), 51–60. DOI : 10.1007/s11195-009-9133-0.
- ⁵ Organisation mondiale de la Santé. Thèmes de santé : Incapacités. Tiré de <http://who.int/topics/disabilities/fr/>. Consulté le 5 octobre 2011.
- ⁶ *Ibid.*
- ⁷ Organisation mondiale de la Santé (2001). CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève.
- ⁸ American Association of Intellectual and Development Disabilities. Définition de « déficiences intellectuelles » (en anglais). Tiré de www.aaidd.org/content_100.cfm?navID=21. Consulté le 12 mai 2011.; American Psychiatric Association. « DSM-5 Development: A 00 Intellectual Developmental Disorder ». Tiré de www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=384. Consulté le 23 novembre 2011.
- ⁹ Agence de la santé publique du Canada, 2008.
- ¹⁰ *Ibid.*
- ¹¹ Statistique Canada (2006). *L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : rapport analytique*. N° de catalogue 89-628-XIF — n° 002. Tiré de www.statcan.gc.ca/pub/89-628-x/89-628-x2007002-fra.pdf. Consulté le 5 octobre 2011.
- ¹² Conseil canadien sur l'apprentissage (2007). *Carnet du savoir : Le Canada tarde à éliminer les restrictions des personnes handicapées*. Tiré de www.ccl-cca.ca/pdfs/LessonsInLearning/2007/21-02_26_07-F_cs.pdf. Consulté le 5 octobre 2011.
- ¹³ Kewman, D., Warschusky, S., Engel, L. et W. Warzak (1997). « Sexual Development of Children and Adolescents » (p.p.355–378). Dans M. Sipski et C.J. Alexander (directeurs), *Sexual Function in People with Disability and Chronic Illness*. Gaithersburg (MD): Aspen Publications.; Neinstein, L. et D. Stewart (1983). « Menstrual dysfunction in cystic fibrosis ». *Journal of Adolescent Health Care*, 4, 153–157.
- ¹⁴ Neinstein et Stewart, 1983.
- ¹⁵ Carroll, G., Massarelli, E., Opzoomer, A., Pেকেles, G., Pedneault, M., Frappier, J.Y. et N. Onetto (1983). « Adolescents with chronic disease: are they receiving comprehensive health care? » *Journal of Adolescent Health*, 4(4), 261–265.
- ¹⁶ Wager, M., Neuspiel, D. et S. Coupey (1986). « Sexual behaviour of chronically ill adolescents: evidence of unmet needs ». *Pediatric Research*, 20, 158a; Suris, J-C., Resnick, M.D., Cassuto, N. et R.W. Blum (1996). « Sexual behaviour of adolescents with chronic disease and disability ». *Journal of Adolescent Health*, 19, 124–131.

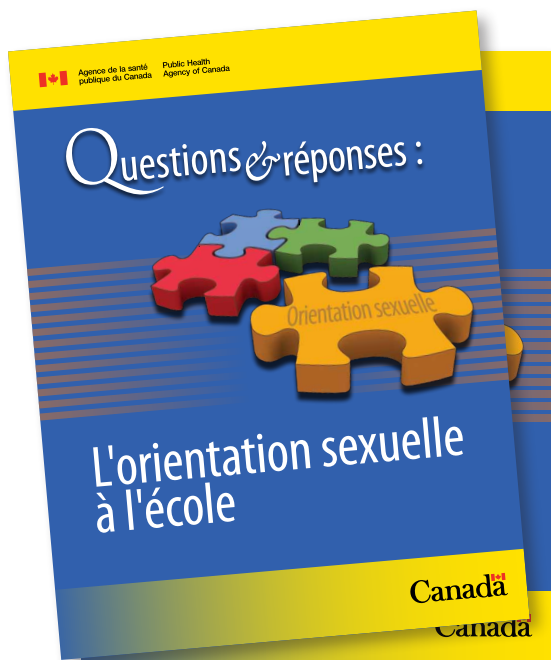
- ¹⁷ Suris, J.-C. et N. Parera (2005). « Sex, drugs and chronic illness: health behaviours among chronically ill youth ». *European Journal of Public Health*, 15, 484–488.
- ¹⁸ Agence de la santé publique du Canada, 2008.
- ¹⁹ Bennett, S.E. et N.P. Assefi (2005). « School-based teenage pregnancy prevention programs: A systematic review of randomized control trials ». *Journal of Adolescent Health*, 36(1), 72–81.; Alford, S. (2003). *Science and Success: Sex Education and other programs that work to prevent teen pregnancy, HIV, & sexually transmitted infections*. Washington (DC) : Advocates for Youth.
- ²⁰ Shepherd, J., Kavanagh, J., Picot, J., Cooper, K., Harden, A., Barnett-Page, E., Jones, J., Clegg, A., Hartwell, D., Frampton, G.K. et A. Price (2010). « The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13–19: a systematic review and economic evaluation ». *Health Technology Assessment*, 14(7), 1–230.
- ²¹ Wazakili, M., Mpofu, R. et P. Devlieger (2009). « Should issues of sexuality and HIV and AIDS be a rehabilitation concern? The voices of young South Africans with physical disabilities ». *Disability and Rehabilitation*, 31(1), 32–41.; Suris et coll., 1996.
- ²² Wazakili, Mpofu et Devlieger, 2009.; Cheng, M.M. et J.R. Udry (2002). « Sexual behaviors of physically disabled adolescents in the United States ». *Journal of Adolescent Health*, 31, 48–58.; Blum, R.W., Kelly, A. et M. Ireland (2001). « Health-risk behaviors and protective factors among adolescents with mobility impairments and learning and emotional disabilities ». *Journal of Adolescent Health*, 28(6), 481–490.; Groce, N.E. (1999). *An overview of young people living with disabilities: Their needs and their rights*. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance.; Suris et coll., 1996.
- ²³ Suris et Parera, 2005.
- ²⁴ Hollar, D. (2005). « Risk behaviors for varying categories of disability in NELS: 88 ». *Journal of School Health*, 75(9), 350–358.; Cheng et Udry, 2002.; Berman, H., Harris, D., Enright, R., Gilpin, M., Cathers, T. et G. Bukovy (1999). « Sexuality and the adolescent with a physical disability: Understandings and misunderstandings ». *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 22(4), 183–196.; Groce, 1999.
- ²⁵ Moorthy, L.M., Peterson, M.G.E., Hassett, A.L. et T.J.A. Lehman (2010). « Burden of childhood-onset arthritis ». *Pediatric Rheumatology Online Journal*, 8(20). DOI : 10.1186/1546-0096-8-20. Tiré de www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914068/?tool=pubmed. Consulté le 5 octobre 2011.; Edwards, T.C., Patrick, D.L. et T.D. Topolski (2003). « Quality of life of adolescents with perceived disabilities ». *Journal of Pediatric Psychology*, 28(4), 233–241.
- ²⁶ Cromer, B., Enrile, B., McKoy, K., Gerhardstein, M.J., Fitzpatrick, M. et J. Judis (1990). « Knowledge, attitudes, and behaviour related to sexuality in adolescents with chronic disability ». *Developmental Medicine & Child Neurology*, 32(7), 602–610.; Sawyer, S., Phelan, P. et G. Bowes (1995). « Reproductive health in young women with cystic fibrosis: knowledge, behavior, and attitudes ». *Journal of Adolescent Health*, 17, 46–50.; Carroll et coll., 1983.; Wager, Neuspiel et Coupey, 1986.
- ²⁷ Blum, R., Resnick, M., Nelson, R. et A. St Germain (1991). « Family and peer issues among adolescents with spina bifida and cerebral palsy ». *Pediatrics*, 88(2), 280–285.
- ²⁸ Sawyer, Phelan et Bowes, 1995.

- ²⁹ Flicker, S., Flynn, S., Larkin, J., Travers, R., Guta, A., Pole, J. et C. Layne (2009). *Sexpress: The Toronto Teen Survey Report*. Planned Parenthood Toronto. Toronto (Ontario).
- ³⁰ Agence de la santé publique du Canada, 2008: 19.
- ³¹ Östlie, I., Dale, Ö. et A. Möller (2007). « From childhood to adult life with juvenile idiopathic arthritis (JIA): A pilot study ». *Disability and Rehabilitation*, 29(6), 445–452.; Turkel, S. et M. Pao (2007). « Late consequences of pediatric chronic illness ». *Psychiatry Clinics of North America*, 30(4), 819–835.
- ³² Berman et coll., 1999.
- ³³ Organisation des Nations Unies. Article 9 — Accessibilité. Tiré de www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf. Consulté le 5 octobre 2011.
- ³⁴ Blum, Resnick, Nelson et coll., 1991.
- ³⁵ *Ibid.*
- ³⁶ Sawyer, Phelan et Bowes, 1995.
- ³⁷ Esmail, S., Darry, K., Walter, A. et H. Knupp (2010). « Attitudes and perceptions toward disability and sexuality ». *Disability and Rehabilitation*, 32(14), 1148–1155.; Brunberg, E., Boström, M.L. et M. Berglund (2009). « Sexuality of 15/16-year-old girls and boys with and without modest disabilities ». *Sexuality and Disability*, 27(3), 139–153. DOI : 10.1007/s11195-009-9123-2.; Milligan, M.S. et A.H. Neufeldt (2001). « The myth of asexuality: A survey of social and empirical evidence ». *Sexuality and Disability*, 19(2), 91–109. DOI : 10.1023/A:1010621705591.; Berman et coll., 1999.; Groce, 1999.
- ³⁸ Nowicki, E.A. et R. Sandieson (2002). « A meta-analysis of school-aged children's attitudes towards persons with physical or intellectual disabilities ». *International Journal of Disability, Development, and Education*, 49(3), 243–265.
- ³⁹ McDougall, J., DeWit, D.J., King, G., Miller, L.T. et S. Killip (2004). « High school-aged youths' attitudes toward their peers with disabilities: The role of school and student interpersonal factors ». *International Journal of Disability, Development, and Education*, 51(3), 287–313.
- ⁴⁰ Statistique Canada (2006). *L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : Profil des appareils et des aides spécialisées pour les personnes ayant des incapacités*. N° de catalogue 89-628-XWF n° 5. Tiré de www.statcan.gc.ca/pub/89-628-x/89-628-x2008005-fra.htm#4. Consulté le 24 août 2011.
- ⁴¹ Turner, R.J., Lloyd, D.A. et J. Taylor (2006). « Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders ». *Rehabilitation Psychology*, 51(3) : 214–223.; Wolman, C., Resnick, M.D., Harris, L.J. et R.W. Blum (1994) « Emotional well-being among adolescents with and without chronic conditions ». *Journal of Adolescent Health*, 15(3), 199–204.
- ⁴² Wiegerink, D., Roebroek, M., Bender, J., Stam, H., Cohen-Kettenis, P. et Transition Research Group South West Netherlands (2010). « Sexuality of young adults with Cerebral Palsy: Experienced limitations and needs ». *Sexuality and Disability*, 29(2), 119–128. DOI: 10.1007/s11195-010-9180-6.; Moorthy et coll., 2010.; Hollar, 2005.; Rew, L. et S.D. Horner (2003). « Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents ». *Journal of Pediatric Nursing*, 18(6), 379–388.; Blum, Kelly et Ireland, 2001.; Edwards, Patrick et Topolski, 2003.; Groce, 1999.; Wolman et coll., 1994.

- ⁴³ Neumark-Sztainer, D., Story, M., Toporoff, E., Cassuto, N., Resnick, M.D. et R.W. Blum (1996). « Psychosocial predictors of binge eating and purging behaviors among adolescents with and without diabetes mellitus ». *Journal of Adolescent Health, 19*, 289–296.
- ⁴⁴ Taleporos, G. et M.P. McCabe (2002). « The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability ». *Sexuality and Disability, 20*(3), 177–183. DOI : 10.1023/A:1021493615456.
- ⁴⁵ Dagnan, D. et S. Sandhu (1999). « Social comparison, self-esteem and depression in people with intellectual disability ». *Journal of Intellectual Disability Research, 43*(5), 372.
- ⁴⁶ Hollar, 2005; Hollar, D. et D. Moore (2004). « Relationships of substance use by students with disabilities to long-term educational, employment, and social outcomes ». *Substance Use and Misuse, 39*(6), 929–960.
- ⁴⁷ Sullivan, P.M. et J.F. Knutson (2000). « Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study ». *Child Abuse and Neglect, 24*(10), 1257–1273.
- ⁴⁸ Wiegerink et coll., 2011.; Augustis, M., Levi, R., Asplund, K. et K. Berg-Kelly (2007). « Psychosocial aspects of traumatic spinal cord injury with onset during adolescence: A qualitative study ». *Psychosocial Issues, 30*(suppl. 1), S55–S65.; Lock, J. (1998). « Psychosexual development in adolescents with chronic medical illnesses ». *Psychosomatics, 39*, 340–349.; Stevens, S.E., Steele, C.A., Jutai, J.W., Kalnins, I.V., Bortolussi, J.A. et W.D. Biggar (1996). « Adolescents with physical disabilities: Some psychosocial aspects of health ». *Journal of Adolescent Health, 19*(2), 157–164.
- ⁴⁹ Sullivan et Knutson, 2000.; Groce, 1999.
- ⁵⁰ Suris et coll., 1996.
- ⁵¹ Di Giulio, G. (2003). « Sexuality and People Living with Physical or Developmental Disabilities: A review of key issues ». *Canadian Journal of Human Sexuality, 12*(1), 53–67.; Ramrakha, S., Caspi, A., Dickson, N., Moffitt, T.E. et C. Paul (2000). « Psychiatric disorders and risky sexual behavior in young adulthood: cross sectional study in birth cohort ». *British Medical Journal, 321*, 263–266. DOI : 10.1136/bmj.321.7256.263.; Seal, A., Minichiello, V. et M. Omodei (1997). « Young women's sexual risk taking behaviour: re-visiting the influences of sexual self-efficacy and sexual self-esteem ». *International Journal of STD & AIDS, 8*(3), 159–165.
- ⁵² Welner, S.L. (1999). « Contraceptive Choices for Women with Disabilities ». *Sexuality and Disability, 17*(3), 209–214.
- ⁵³ Berman et coll., 1999.
- ⁵⁴ Wiwanitkit, V. (2008). « Sexuality and rehabilitation for individuals with cerebral palsy ». *Sexuality and Disability, 26*(3), 175–177. DOI : 10.1007/s11195-008-9088-6.; Verhoef, M., Barf, H.A., Vroege, J.A., Post, M.W., van Asbeck, F.W., Gooskens, R.H. et A.J. Prevo (2005). « Sex education, relationships, and sexuality in young adults with spina bifida ». *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 86*(5), 979–987.; Sawin, K.J., Buran, C.F., Brei, T.J. et P.S. Fastenau (2002). « Sexuality issues in adolescents with a chronic neurological condition ». *The Journal of Perinatal Education, 11*, 22–34.
- ⁵⁵ Blum, Kelly et Ireland, 2001.
- ⁵⁶ Parrott, Y. et S. Esmail (2010). « Burn survivor's perceptions regarding relevant sexual education strategies ». *Health Education, 110*(2), 84–97. DOI : 10.1108/09654281011022423.; Augustis et coll., 2007.

- ⁵⁷ Pour obtenir de plus amples renseignements et un soutien à l'égard de la prestation d'un programme d'éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes handicapés, veuillez consulter la liste « Ressources supplémentaires », qui se trouve à la fin du présent document.
- ⁵⁸ *Ibid.*
- ⁵⁹ Wiegerink et coll., 2011.; Milligan et Neufeldt, 2001.; Sawyer, S.M., Tully, M.A. et A.A. Colin (2001). « Reproductive and sexual health in males with cystic fibrosis: A case for health professional education and training ». *Journal of Adolescent Health*, 28(1), 36–40.
- ⁶⁰ Cheng et Udry, 2002.; Lock, 1998.; Stevens et coll., 1996.
- ⁶¹ Wiegerink et coll., 2011.; Kef, S. et H. Bos (2006). « Is love blind? Sexual behavior and psychological adjustment of adolescents with blindness ». *Sexuality and Disability*, 24(2), 89–100. DOI : 10.1007/s11195-006-9007-7.; Verhoef et coll., 2005.; Sawin et coll., 2002.; Guest, G. (2000). « Sex education: A source for promoting character development in young people with physical disabilities ». *Sexuality and Disability*, 18(2), 137–142. DOI : 10.1023/A:1005519114512.; Stevens et coll., 1996.
- ⁶² Garwick, A.E. et H.E.C. Millar (1996). *Promoting resilience in youth with chronic conditions and their families*. Minneapolis (MN) : Health Resources and Service Administration.; Patterson, J. et R.W. Blum (1996). « Risk and resilience among children and youth with disabilities ». *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 150, 692–698. Tiré de <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/150/7/692.pdf>. Consulté le 21 octobre 2011.
- ⁶³ Patterson, J.M. (1991). « Family resilience to the challenge of a child's disability ». *Pediatric Annals*, 20(9), 490–499.
- ⁶⁴ American Psychological Association. *Resilience Guide for Parents and Teachers*. Tiré de www.apa.org/helpcenter/resilience.aspx. Consulté le 21 octobre 2011.
- ⁶⁵ Unger, M., Brown, M., Liebenberg, L., Cheung, M. et K. Levine (2008). « Distinguishing differences in pathways to resilience among Canadian youth ». *Canadian Journal of Mental Health*, 27(1), 1–13. Tiré de www.resilienceproject.org/files/distinguishing_differences_in_pathways_to_resilience_among_canadian_youth_canadian_journal_of_community_mental_health.pdf. Consulté le 21 octobre 2011.
- ⁶⁶ Brunnberg, Boström et Berglund, 2009.; Njoki, E., Frantz, J. et R. Mpofu (2007). « Health-promotion needs of youth with a spinal cord injury in South Africa ». *Disability and Rehabilitation*, 29(6), 465–472.; Kef et Bos, 2006.; Hollar, 2005.; Rew et Horner, 2003.; Taleporos et McCabe, 2002.; Blum, Kelly et Ireland, 2001.

Ce document est le troisième d'une série de documents Questions & réponses élaborés par l'Agence de la santé publique du Canada. Les autres documents de la série sont :



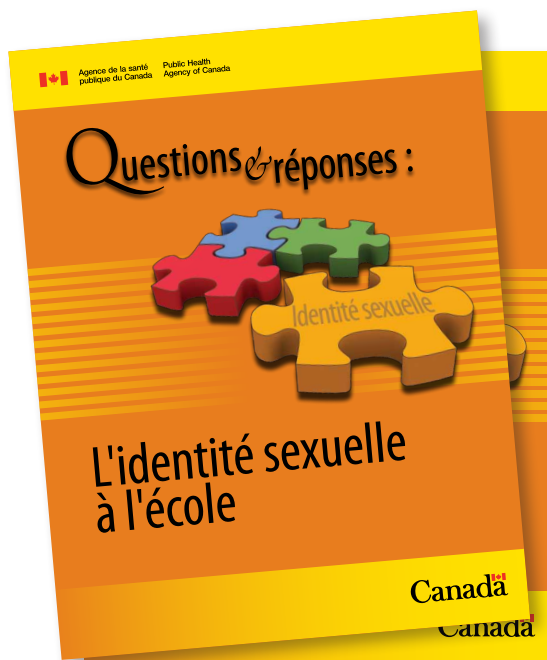
**Questions & réponses :
L'orientation sexuelle à l'école**

Disponible aux adresses suivantes :
Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)

Document électronique (PDF) en anglais :
<http://library.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26288E.pdf>

Document électronique (PDF) en français :
<http://library.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26288F.pdf>

Il est également possible de commander
des versions papier sur le site :
<http://orders.catie.ca/>



**Questions & réponses :
L'identité sexuelle à l'école**

Disponible aux adresses suivantes :
Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)

Document électronique (PDF) en anglais :
<http://library.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26289E.pdf>

Document électronique (PDF) en français :
<http://library.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26289F.pdf>

Il est également possible de commander
des versions papier sur le site :
<http://orders.catie.ca/>

