LA PÉRINATALITÉ AU QUÉBEC

ADOLESCENCE ET FERTILITÉ:

Une responsabilité personnelle et sociale

INSPQ - Montréal
3 5567 00001 2788

Québec

HQ
759.4
A849
1989

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

CENTRE DE DOCUMENTATION

ADOLESCENCE ET FERTILITÉ:

Une responsabilité personnelle et sociale

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Coordination de l'édition: Charpentier Garneau inc.

Graphisme de la couverture: Boissonneault Gagné

Dépôt légal
Bibliothèque Nationale du Québec
2e trimestre 1989
ISBN 2-550-19413-6

ADOLESCENCE ET FERTILITÉ:

UNE RESPONSABILITÉ PERSONNELLE ET SOCIALE

AVIS SUR LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE

Présenté à:

Monsieur Paul Lamarche, sous-ministre adjoint à la planification et à l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Préparé par:

Louise Charbonneau — DSC Sainte-Justine
Gilles Forget — DSC Honoré-Mercier
Jean-Yves Frappier — Hôpital Sainte-Justine
Agnès Gaudreault — CLSC Basse-Ville
Édith Guilbert — DSC CHUL
Nicole Marquis — CLSC Chutes-de-la-Chaudière

Du Comité Famille-Enfance de la Division Santé Communautaire de l'Association des Hôpitaux du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements XI
Avant-propos XII
Contexte général de cet avis XIII
Composition du comité XV
Liste des personnes consultées XVI
Comité de lecture XVIII
Liste des tableaux XIX

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I
L'ADOLESCENCE : UNE ÉTAPE DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS 3
1.1 Définition 3
1.2 Le développement de l'adolescent 3
1.2.1 Biologique 3
1.2.2 Cognitif 4
1.2.3 Psychosocial 4
1.2.4 Les étapes du développement 5
1.3 Adolescence et société 6
1.3.1 Facteurs d'influence 6
1.4 Univers et hétérogénéité des adolescents 9

CHAPITRE II
LA SEXUALITÉ À L'ADOLESCENCE : UNE DIMENSION DES ADOLESCENTS 13
2.1 Développement de la sexualité à l'adolescence 13
2.1.1 Aspect biopsychosocial 13
2.1.2 Les étapes du développement de la sexualité 14
2.2 Le vécu 14
2.3 Les facteurs d'influence 16
2.3.1 Les amis, le groupe 16
2.3.2 Les médias 16
2.3.3 La famille 16
2.3.4 Le milieu socio-économique défavorisé 17
2.4 L'exploitation sexuelle 17
2.4.1 L'inceste et les abus sexuels 17
2.4.2 La prostitution 18

CHAPITRE III
LA CONTRACEPTION À L'ADOLESCENCE 21
3.1 Utilisation de la contraception par les jeunes 21
3.2 Méthodes contraceptives utilisées 22
3.3 Information sur la contraception 23
3.4 Motifs de non-contraception 24
3.5 Conditions favorisant la contraception 26

CHAPITRE IV
FÉCONDITÉ ET ADOLESCENCE : LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES 31
4.1 Introduction 31
4.1.1 Problèmes liés à la provenance des données 31
4.1.2 Problèmes liés au calcul des données 31

4.2 Les différentes formes de calcul des données 32
4.3 Grossesses à l'adolescence 33
4.3.1 Nombre absolu et taux annuel de grossesse 1980-1985 33
4.3.2 Nombre absolu et taux annuel de première grossesse 1980-1985 35
4.3.3 Grossesses selon les générations d'adolescentes (1963-1970) 36
4.4 Issues des grossesses à l'adolescence 37
4.5 Naissances vivantes 38
4.5.1 Taux annuel de fécondité 39
4.5.2 Taux de fécondité par génération 39
4.5.3 Évolution historique des taux de fécondité et de nuptialité 42
4.5.4 Fécondité et nuptialité 42
4.5.5 Unions de fait et déclaration du père 43
4.5.6 Scolarité des mères adolescentes 43
4.6 Les interruptions de grossesses 44
4.7 L'adoption 46
4.8 Comparaisons 47
4.8.1 Comparaison avec les adultes québécoises 47
4.8.2 Comparaison avec le Canada 48
4.8.3 Comparaison avec d'autres pays 48
4.8.4 Comparaison avec d'autres problématiques 50

CHAPITRE V
LES ASPECTS ÉCONOMIQUES LIÉS À LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE 53

CHAPITRE VI
LA GROSSESSE ET SES ISSUES 61
6.1 Pourquoi l'adolescente devient-elle enceinte? 61
6.1.1 La grossesse non planifiée 61
6.1.2 La grossesse planifiée 61
6.1.3 Les différences culturelles 63
6.2 Les réactions de l'adolescente à la découverte de la grossesse 63
6.3 Les facteurs en jeu dans la prise de décision 64
6.4 Les choix possibles 66
6.4.1 L'interruption volontaire de grossesse - IVG 66
6.4.2 La poursuite de la grossesse 67
6.4.3 L'adoption 67

CHAPITRE VII
LA POURSUITE DE LA GROSSESSE 73
7.1 Le prénatal 73
7.1.1 Le portrait de l'adolescente enceinte 73
7.1.2 Le vécu de la grossesse 73
7.1.3 Le suivi prénatal 73
7.1.4 Les complications prénatales 74
7.2 L'accouchement à l'adolescence 74
7.2.1 Vécu de l'accouchement 75
7.2.2 Complications à l'accouchement 76
7.3 Le post-natal 78
7.3.1 Le vécu 78
7.3.2 Les complications et conséquences chez la mère 79
7.3.3 Les complications et conséquences chez l'enfant 81
7.4 Le père adolescent ou le partenaire de la mère adolescente 82

CHAPITRE VIII
L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE 87
8.1 Les raisons qui motivent ce choix 87
8.1.1 Caractéristiques des adolescentes qui choisissent l'IVG 87
8.1.2 Vécu des adolescentes qui choisissent l'IVG 88
8.2 L'interruption volontaire de grossesse 89
8.2.1 Aspect physique et médical 90
8.2.2 Vécu émotionnel 91
8.3 Le post-IVG 92
8.3.1 Les complications médicales 93
8.3.2 Les réactions émotives 93
8.3.3 Les récidives 95

CHAPITRE IX
L'INVENTAIRE DES SERVICES 97
9.1 Les services publics: information et éducation à la sexualité 97
9.1.1 Les services publics: planification des naissances, contraception et IVG 100
9.1.2 Les services publics: le support prénatal et post-natal 103
9.2 Les centres d'hébergement et école spécialisée 105
9.3 Le réseau d'aide naturelle 107
9.3.1 Les services d'aide formelle 107
9.3.2 Les services d'aide informelle 110
9.4 Conclusion 112

CHAPITRE X
PRINCIPES D'INTERVENTION ET RECOMMANDATIONS 117
10.1 Les principes 117
10.2 Les recommandations 119
10.2.1 L'éducation et l'information sur la sexualité 119
10.2.2 La contraception 120
10.2.3 La poursuite de la grossesse 121
10.2.4 L'interruption volontaire de grossesse 122
10.2.5 Le garçon adolescent 123
10.2.6 Adolescents à risque 123
10.2.7 La concertation 124
10.2.8 La formation 125
10.2.9 La recherche 126
10.3 Plan d'action 126

CONCLUSION 128

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont permis la production de cet avis.

Que ce soit au niveau de l'organisation technique, du support documentaire, de l'acheminement de commentaires ou de conseils, de la dactylographie, ces nombreuses collaborations nous ont été très précieuses.

AVANT-PROPOS

Le Comité de Travail sur la grossesse à l'adolescence a été mis sur pied en novembre 1986 par le Comité de coordination des D.S.C. à la demande du Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Le mandat du Comité se lisait comme suit : faire le point sur la grossesse à l'adolescence, identifier les objectifs à poursuivre, faire l'inventaire des services offerts actuellement au Québec et proposer des recommandations concernant les pistes d'intervention, la formation et la recherche.

CONTEXTE GÉNÉRAL DE CET AVIS

La production de cet avis s'inscrit dans les suites données aux consultations tenues en 1985 sur un projet ministériel de politique en périnatalité.

En effet, à l'automne de 1985, suite à une vaste consultation dans tout le réseau de la santé et des services sociaux et auprès des organismes et groupes concernés par la périnatalité, la décision fut prise de documenter davantage certains problèmes ou sujets prioritaires. Ces sujets ont été retenus d'après les critères suivants :

- L'ampleur du problème, ses conséquences et la possibilité d'agir efficacement :
  1. mortalité, morbidité périnatales ;
  2. périnatalité en milieux défavorisés ;
  3. grossesse à l'adolescence ;
  4. période post-natale
- La nécessité de faire le point sur des questions pour lesquelles des prises de position ministérielles étaient attendues :
  5. pratique sage-femme au Québec ;
  6. lieux de naissance.

La collaboration d'organismes du réseau, d'autres ministères, de personnes-ressources ou de représentants de groupes concernés par ces différents sujets a été sollicitée pour faire le point sur chacune de ces questions.

Chacun de ces avis informera sur :

- l'ampleur du problème ;
- les objectifs à poursuivre pour diminuer le problème ;
- ce qui se fait actuellement au Québec face à ce problème ;
- des recommandations touchant les interventions, la formation et la recherche.

Par ailleurs, suite à d'autres consultations, deux avis seront rendus public sur les deux derniers thèmes, soit la pratique sage-femme au Québec et un cadre de référence pour les lieux de naissance au Québec.

Parallèlement à la production de ces documents, un projet de recherche conjoint, impliquant l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS/section Europe) et le Ministère de la Santé et des Services Sociaux sera mené. L'étude se déroulera simultanément dans six pays européens, dans un état américain et, possiblement au Québec. L'objectif de cette étude sera d'identifier les déterminants de certaines interventions obstétricales.

D'autre part, l'ensemble des travaux en cours en périnatalité entend privilégier des orientations spécifiques, notamment : la conservation des acquis, la diminution des problèmes identifiés plus haut, l'humanisation des soins,

une approche centrée sur la famille et une plus grande implication des pères. Une meilleure connaissance des morbidités psychosociales et l'expérimentation de projets alternatifs sont également privilégiées.

Cet avis sur la grossesse à l'adolescence constitue donc un des maillons de la réflexion sur la problématique globale de la périnatalité et devrait guider les actions futures.

COMPOSITION DU COMITÉ

FORGET GILLES:
Conseiller en programmation famille-enfance, Département de Santé Communautaire Honoré-Mercier, Saint-Hyacinthe, Responsable du Comité.

CHARBONNEAU LOUISE:
Médecin-conseil, Département de Santé Communautaire Hôpital Sainte-Justine, Médecin à la Clinique des Jeunes St-Denis, Montréal.

FRAPPIER JEAN-YVES:
Pédiatre, responsable de la section Médecine de l'adolescence, Hôpital Sainte-Justine; professeur agrégé de pédiatrie à l'Université de Montréal; médecin-conseil, Département de Santé Communautaire Sainte-Justine.

GAUDREAULT AGNÈS:
Infirmière, Programme-Jeunesse, Centre Local des Services Communautaires Basse-ville, Québec.

GUILBERT ÉDITH:
Médecin-conseil, Département de Santé Communautaire du C.H.U.L. de Québec; Chef de service de la clinique de planification des naissances du C.H.U.L., Québec.

MARQUIS NICOLE:
Infirmière, Programme Sexualité-Planification des Naissances, Centre Local des Services Communautaires Chutes-de-la-Chaudière, St-Romuald. Participation à titre personnel.

Collaboration spéciale

ROCHON MADELEINE:
Démographe, Service des études socio-sanitaires, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES

BEAULIEU LISE:
Infirmière, CLSC Ste-Thérèse, Ste-Thérèse

BOILARD HUGUETTE:
Sage-femme, Cantons de l'Est, Infirmière, CLSC de Lotbinière

BRETON LOUISETTE:
Directrice générale, Villa Marie-Claire, Sherbrooke

CARON DENIS:
Directeur général par intérim Centre Rosalie-Jetté, Montréal

CHAREST SUZANNE:
Personne-ressource, Centre d'action bénévole La Mosaïque, Ville Lemoyne

CHÂTILLON MONIQUE:
Infirmière-chef, Clinique de planification des naissances du C.H.U.L., Québec

GONTHIER-MORIN MARIETTE:
Obstétricien-Gynécologue, Hôpital Sainte-Justine, Montréal

HOUDE LUCIE:
Intervenante Centre Rosalie-Jetté, Montréal

HUOT CÉLINE:
Obstétricien-Gynécologue, Hôpital St-Francois d'Assise, Québec

LACROIX ADRIEN:
Directeur général La Clairière de Québec, Québec

LAMBERT YVES:
Omnipraticien, CLSC Richelieu, Richelieu

LALONDE CAROLE:
Conseillère-cadre aux programmes, Fédération des CLSC

LETENDRE PAULE:
Infirmière, CLSC St-Henri, Montréal

MACCHABÉE YVAN:
Omnipraticien, Clinique privée d'avortement, Montréal

MORIN MARTINE:
Omnipraticien, Clinique des Planification des Naissances, C.H.U.S., Sherbrooke

OUELLET SUZIE:
Obstétricien-Gynécologue, Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec

PAQUIN MICHÈLE:
Directrice générale, Villa Jolie, Trois-Rivières

ROY CAROLE:
Conseillère-cadre en programmation, DSC Valleyfield

SHINE OLGA:
Directrice générale, Elizabeth's House, Montréal

TREMBLAY JEAN-GUY:
Omnipraticien, Clinique de Planification des naissances, C.H.U.L., Québec

VERREAULT JEAN-PIERRE:
Obstétricien-Gynécologue, Hôpital du St-Sacrement, Québec

COMITÉ DE LECTURE

BÉLANGER JEAN-PIERRE:
Président de l'Association de Santé publique du Québec

BRUNET JACQUES:
Directeur général, Centre Hospitalier de l'Université Laval, Québec

CHAREST SUZANNE:
Personne-ressource, Centre d'action bénévole La Mosaïque, Ville Lemoyne

DURAND DANIELLE:
Conseillère en recherche, Département de Santé Communautaire, Hôpital Général du Lakeshore, Montréal

LAJOIE MIREILLE:
Pédiatre, Directrice du Département de santé communautaire, Centre hospitalier Ste-Marie, Trois-Rivières

LAVOIE FRANCINE:
Psychologue, Université Laval, Québec

LESSARD DANIELLE:
Directrice générale, Pavillon du Parc, Aylmer

LETARTE PIERRETTE:
Conseillère aux programmes, Direction des services professionnels, Centre des Services Sociaux du Montréal-Métropolitain

SÉNÉCHAL MARCEL:
Direction de la programmation, Fédération des CLSC, Montréal

TESSIER MONIQUE:
Travailleuse sociale, coordonnatrice CLSC Villeray

Traitement de texte:

RACHEL MORIN:
Secrétaire du Département de santé communautaire Honoré-Mercier, St-Hyacinthe

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1
Nombre et taux de grossesse selon l'âge et l'année, à la fin de la grossesse. Québec, 1980-1985 34

TABLEAU 2
Nombre et taux de première grossesse selon l'âge et l'année, à la fin de la grossesse. Québec, 1980 à 1985 35

TABLEAU 3
Taux cumulés de grossesses et taux cumulés de première grossesse (entre parenthèses), avant l'âge de 20 ans, par génération. Québec, générations 1963-1964 à 1969-1970 36

TABLEAU 4
Issue des grossesses en %, selon l'âge et l'année, à la fin de la grossesse. Québec, 1980 à 1985 38

TABLEAU 5
Taux annuels de fécondité, selon l'âge et l'année, toutes naissances et première naissance. Québec, 1965-1985 40

TABLEAU 6
Taux de fécondité cumulés, toutes naissances et première naissance, avant l'âge de 20 ans, par génération. Québec, 1952-1953 à 1971-1972 41

TABLEAU 7
Interruptions de grossesses en nombre absolu, selon l'âge et l'année, à la fin de la grossesse. Québec, 1980 à 1985 45

TABLEAU 8
Taux d'IVG, selon l'âge et l'année, à la fin de la grossesse, pour 1000 adolescentes. Québec, 1980 à 1985 46

TABLEAU 9
Pourcentage d'enfants adoptés, mères biologiques de moins de 20 ans, tout état matrimonial et non mariées. Québec, enfants nés de 1965 à 1973 47

TABLEAU 10
Taux d'avortement pour 1000 adolescentes 15-19 ans, par année et par pays 49

TABLEAU 11
Taux de fécondité cumulé de 14 à 19 ans et variations entre 1971 et 1980, par pays 50

TABLEAU 12
Nombre et pourcentage de mères de moins de 20 ans à l'aide sociale, famille monoparentale de 1983 à 1987, couples avec enfant en 1986 et 1987, Québec 54

TABLEAU 13
Liste des coûts annuels liés à la sexualité et la grossesse à l'adolescence en Illinois, 1979-1983 54

TABLEAU 14
Les coûts associés à la maternité à l'adolescence, selon l'âge de la mère et les économies potentielles réalisées par le retard des naissances, États-Unis, 1985 56

TABLEAU 15
Les coûts associés à la grossesse à l'adolescence selon sept scénarios, États-Unis 57

TABLEAU 16
% des naissances de poids inférieur à 2500 gr. et d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines, selon l'âge de la mère. Québec, 1985 77

TABLEAU 17
Répartition selon l'âge des pères d'enfants nés de mères de moins de 20 ans pour les années 1980 à 1985 au Québec 82

TABLEAU 18
Taux de complications graves selon l'âge gestationnel 90

TABLEAU 19
Taux de complications graves selon le type d'intervention 91

TABLEAU 20
Taux de complications selon l'âge gestationnel et le type d'intervention utilisée 91

TABLEAU 21
Taux de complications à l'avortement et réactions immédiates, retardées ou tardives 93

TABLEAU 22
Nomenclature des différents types d'aidants informels et formels 108

INTRODUCTION

En 1977, un rapport d'un Comité d'experts de l'O.M.S. insistait sur les problèmes reliés à la grossesse à l'adolescence. Celle-ci à toujours été reconnue comme un facteur de risque de complications périnatales. Les récentes recherches mettent de plus en plus l'accent sur les complications sociales liées à la grossesse à l'adolescence. Ces éléments nous amènent à nous interroger sur la situation de la grossesse à l'adolescence au Québec.

Afin de rassembler les données et les expériences québécoises et proposer aux personnes concernées des objectifs et des pistes d'action, nous présentons ce rapport.

Les deux premiers chapitres de ce document situent l'adolescence et la sexualité à l'adolescence à l'intérieur du développement des individus. Les caractéristiques de ce développement et ses diverses composantes y sont présentées de même que les facteurs qui influencent les adolescents et le développement de leur sexualité.

Le troisième chapitre traite de la contraception à l'adolescence. Le comportement contraceptif des adolescents y est discuté ainsi que les conditions susceptibles de favoriser une attitude contraceptive responsable.

Le quatrième chapitre expose l'ensemble des données socio-démographiques liées au phénomène de la grossesse à l'adolescence. Les taux de grossesse y sont présentés ainsi que certaines données relatives aux conditions sociales des mères adolescentes. Enfin, les aspects économiques reliés à la grossesse à l'adolescence complètent cet état de la situation.

Les trois chapitres suivants illustrent les conditions qui amènent l'adolescente à devenir enceinte, ses réactions et les choix que cette dernière peut entrevoir à l'annonce de la grossesse, à savoir: l'interruption volontaire de la grossesse ou la poursuite de la grossesse. Pour chacun de ces choix nous décrivons les caractéristiques de l'adolescente, les complications possibles, le vécu de l'adolescente et celui des gens qui l'entourent.

Le neuvième chapitre présente l'inventaire des services. Les services publics, spécialisés ainsi que le réseau d'aide naturelle des adolescents y sont décrits. Cette description se termine par un retour critique sur chacune de ces interventions.

En dernier lieu, à la lumière de l'ensemble des faits et des expériences recensés, le comité propose des principes d'intervention et des recommandations visant à :

- Promouvoir une attitude contraceptive responsable;
- Prévenir les grossesses non planifiées;
- Limiter les conséquences biopsychosociales de la grossesse à l'adolescence.

CHAPITRE I

L'ADOLESCENCE : UNE ÉTAPE DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS

1.1 Définition*

L'adolescence est définie comme l'étape de la vie qui s'étend entre 12 et 18-19 ans. C'est une période d'évolution, de transformations et de remaniements majeurs au niveau biologique, cognitif, psychologique et social. L'adolescence est plus qu'une simple transition liée à la puberté. C'est une époque de la vie qui, comme d'autres époques, a un caractère propre et fait appel à des tâches, des difficultés et des accomplissements spécifiques et importants. Les années d'enfance exerceront une influence certaine sur l'adolescence et ces deux moments du début de la vie contribueront à l'obtention d'une maturité adulte et d'une personnalité propre, le tout dans un long processus de croissance et de développement dont l'adolescence constitue le pont. Mais l'adolescence est la seule période de la vie où des changements majeurs s'effectuent au plan biopsychosocial dans un temps si court.

1.2 Le développement de l'adolescent

Il est important de bien saisir la normalité du développement adolescent dans la réalité sociale actuelle pour mieux comprendre où s'inscrit la grossesse, son étiologie, ses conséquences et les interventions possibles à cet âge. C'est en ce sens que nous décrivons brièvement ici l'adolescence et les adolescents dans notre société.

1.2.1 Biologique

L'adolescence se caractérise par la puberté. C'est la poussée de croissance rapide et la transformation de l'appareil génital vers un corps désormais adulte. Ce nouveau corps sera investi par les adolescents comme leur seul capital sûr, d'où l'importance de l'image corporelle à cet âge. Les adolescents devront en effet accepter cette nouvelle image d'eux-mêmes puisque leur corps ne se modifiera que très lentement par la suite. En outre, ce corps transformé fera partie d'une image plus globale et moins physique qu'on appelle image de soi et conduisant à l'estime de soi.

* Les références qui appuient cette description de l'adolescence sont indiquées à la bibliographie.

* L'utilisation du genre masculin désigne tant les femmes que les hommes.

La puberté survient plus tôt chez la fille que chez le garçon. Mais chez l'un comme chez l'autre, cette puberté s'amorce plus tôt maintenant qu'il y a 20 ou 40 ans. La période de latence pendant laquelle l'enfant prend force avant d'entrer dans le bouleversement de l'adolescence s'en trouve diminuée. Donc, très tôt, les adolescents ont un corps qui possède des capacités de type adulte au plan sexuel et reproducteur.

1.2.2 Cognitif

Les processus de pensée se modifient à l'adolescence. D'une pensée concrète, celle de l'enfant, les adolescents évoluent vers la pensée formelle, capable d'abstraction, de concept, d'analyse et de synthèse. Ils peuvent maintenant se prendre comme objet de réflexion, se projeter dans le futur. Pour un certain temps, ils exprimeront leurs idées de façon catégorique et rigide. Éventuellement, ils arriveront à la capacité de faire des hypothèses et des déductions. C'est ce nouveau mode de pensée qui leur permet de discourir longuement sur des thèmes divers.

Le jugement moral change aussi à l'adolescence; d'abord basé sur les notions de crainte et de récompense, il évoluera vers un jugement de type conventionnel basé sur l'approbation des autres et le maintien de l'autorité. Puis, il progressera vers une moralité de principes appuyée sur les droits et libertés et sur des principes individuels et universels.

Le mode de pensée des adolescents est également caractérisé par l'égocentrisme: accaparés par leur propre développement, ils doivent être tournés vers eux-mêmes. Ils se forgent un auditoire imaginaire: ce que je pense de moi, les autres le remarquent sûrement. Un autre aspect de l'égocentrisme adolescent se retrouve dans la fable personnelle, c'est-a-dire ce sentiment d'omnipuissance et d'invulnérabilité: les malheurs n'arrivent qu'aux autres.

1.2.3 Psychosocial

C'est surtout au niveau psychosocial que l'on retrouve l'essence, la nature de l'adolescence, sans oublier que les aspects biologiques et cognitifs du développement y demeurent intimement reliés. On reconnaît différentes composantes qui se chevauchent: l'identité, l'intimité, les relations avec les parents, les relations avec les pairs. Le tout forge un ensemble de comportements et de caractéristiques propres à l'adolescence.

L'identité, ce sentiment d'être unique, un tout homogène, un être avec des valeurs, des qualités, des défauts et une personnalité, prend vraiment forme à cet âge: ce qu'on est, ce qu'on veut, ce qu'on veut être et ce qu'on peut. On rejettera d'abord ce qu'on a été, ce en quoi on croyait, pour ensuite se redécouvrir, se redéfinir. Ce processus d'individuation amène et permet aux adolescents de faire des choix. Ces derniers seront, au début, influencés par l'entourage et donc changeants de semaine en semaine. Ces choix deviendront plus stables et liés aux valeurs que les adolescents auront adoptées ainsi qu'à leur identité consolidée.

L'intimité, c'est-à-dire la véritable relation entre deux identités, se développe lorsque les adolescents se sont engagés dans le processus d'identité. Cet apprentissage est progressif et même si deux adolescents forment un couple, cela ne signifie pas nécessairement que l'identité est bien établie et que l'intimité est véritable.

Parallèlement à ce cheminement dans l'identité et l'intimité, les adolescents apprennent à se détacher de leurs parents. C'est par ce processus qu'ils deviennent autonomes. La sécurité du milieu familial, affective et matérielle, sera peu à peu remplacée par une sécurité plus personnelle. Il y a, pendant un certain temps, beaucoup d'ambivalence dans ce processus de séparation. Les adolescents repoussent, confrontent ou agressent, puis se rapprochent ou régressent au stade de l'enfant.

Cette autonomie, ils vont l'acquérir progressivement. Ils chercheront d'abord l'autonomie de comportement, faire ce qu'ils veulent. Toutefois, ils ont encore besoin de la sécurité parentale, ce qui les limite. Puis ils évolueront vers l'autonomie affective et vers l'autonomie de principe en fonction de leurs valeurs et de leurs personnalités.

Le groupe de pairs servira aux adolescents dans leur démarche d'identité, d'intimité et d'autonomie. Avec leurs amis, ils peuvent jouer des rôles, se mesurer, se comparer et apprendre à se connaître. La sécurité du milieu familial qu'ils rejettent, ils la retrouveront en partie dans le groupe de pairs. Ils passeront d'une amitié dite d'activités, celle d'enfants qui partagent les jeux, à une amitié de solidarité puis de réciprocité.

1.2.4 Les étapes du développement

Le développement des adolescents se fait donc par essais, par expérimentations, par échecs et désillusions. On peut le diviser par étapes et mieux en saisir ainsi les interactions.

Avant l'adolescence, les enfants imitent les adultes et s'y identifient aisément. Ils développent leurs aptitudes. Se sentant en sécurité par rapport à ce qu'ils sont, ils confient facilement leurs croyances et leurs valeurs. On sent bien cependant qu'il s'agit de celles de leur environnement immédiat (parents, professeurs, voisins).

À la puberté (11-13 ans), la personnalité subit des tensions énormes. Les pressions intérieures et extérieures provoquent confusion et inconsistance. Les adolescents rejettent les valeurs et croyances de leur enfance et deviennent préoccupés par leurs besoins, leurs désirs; ils exigent, sont catégoriques, s'impatientent. Ils confrontent leurs parents, mais dans un climat d'insécurité puisqu'ils ne sont pas eux-mêmes confiants. Ils veulent faire des choses et décider mais leur autonomie est limitée. Les amis deviennent plus importants et sont plus nombreux, mais ils en sont encore au stade du partage de leurs activités.

Au milieu de l'adolescence (14-16 ans) c'est la construction d'une nouvelle synthèse de leur personne. Ils s'opposent et se mesurent à l'adulte et prennent ainsi une nouvelle indépendance. Par leurs héros et modèles, parfois multiples et changeants, ils se recherchent. C'est l'âge de l'affirmation de soi, marqué d'un air de supériorité et d'omnipuissance: les risques sont mal perçus, les limites sont à dépasser. Ils peuvent s'éloigner de leurs parents, l'insécurité est moins grande. Ceux-ci demeurent importants comme source d'identification et pour mettre en relief leurs croyances et valeurs. Par contre, les amis et le groupe occupent une place prépondérante. Ils assurent un milieu sécurisant qui permet de tester la réalité et de confronter l'identité en devenir. Désormais choisies en fonction de caractéristiques communes, ces amitiés se définissent par la solidarité, la discrimination et la stabilité.

À la fin de l'adolescence (17 ans et plus), les jeunes se présentent avec une nouvelle identité qui s'affirmera avec le temps. Ils reconnaissent beaucoup de leurs caractéristiques et de leurs particularités d'autrefois, mais organisées dans un tout plus complexe et mieux individualisé. Ils sont maintenant plus autonomes et ils ont des principes, des valeurs et des croyances qu'ils ne sentent pas ébranlés par l'opposition parentale. Ils créent de véritables liens d'intimité et de réciprocité leur permettant de comprendre la différence chez l'autre et l'accepter. Ils précisent leurs choix d'avenir et entrevoient la place qu'ils occuperont au sein de la société.

1.3 Adolescence et société

Le développement des adolescents ne s'effectue pas en vase clos. Il s'inscrit dans un contexte social, historique et culturel particulier qui les influence grandement, mais de façon variable.

1.3.1 Facteurs d'influence

Évolution sociale

Les facteurs qui affectent les adolescents prennent racine dans la révolution des sociétés occidentales. D'abord lente au début du siècle, cette révolution s'est accélérée depuis trois décennies. Tous les secteurs ont été touchés: économique, politique, culturel, etc. Cette révolution a été un phénomène de masse, rapide et parfois explosif. Ceci entraîne une redéfinition sociale des structures et des individus. Il en résulte une instabilité qui, dans une société, touche les éléments les plus sensibles dont les enfants et les adolescents .

Évidemment, les adolescents ne sont pas les seuls à être influencés par cette révolution, bien au contraire. Mais, ils auront tendance à repousser les limites des phénomènes déjà existants, au point qu'on aura l'impression qu'ils sont responsables et initiateurs de ces phénomènes. Ainsi, la libération des moeurs sexuelles a été initiée par les adultes, mais vécue pleinement et poussée plus loin par les adolescents.

Famille et démographie

Les familles ont connu plusieurs transformations. Les enfants vivent et survivent davantage qu'auparavant. Dans les années 70, nous avons connu un changement dans le ratio enfants/adolescents. Ces derniers étant plus nombreux, ils ont attiré l'attention; on s'est occupé d'eux, ce qui est un élément positif. Par contre, leurs comportements particuliers (rébellion, délinquance, etc.) sont devenus plus visibles, ce qui a eu pour effet d'ostraciser ce groupe d'âge, de lui apposer une étiquette négative.

Autrefois composée de plusieurs enfants et entourée d'une parenté très proche, la famille a perdu cette extension. Ceci a eu pour effet de diminuer le support possible à ses différents membres. Actuellement, si la famille a des difficultés, chacun en absorbe directement les contrecoups.

Les couples eux-mêmes touchés par la révolution sociale, ont parfois connu des bouleversements allant jusqu'à l'éclatement de leur union. Près du tiers des adolescents vivent dans des familles où les parents se sont séparés ou divorcés. Dans la redéfinition contemporaine de l'individu, le rapport parents/adolescents s'est modifié et le temps de rencontre a diminué. Certains parents sont anxieux, un peu déphasés, et comprennent difficilement le cheminement de leur adolescent. Ils ont le sentiment de ne plus savoir comment se comporter et de n'être pas certains de leur rôle. D'autres sont préoccupés par leur propre remise en question et n'ont pas l'énergie de s'assumer comme parents: ils démissionnent. Certains ne savent pas ou ne veulent pas maintenir une ligne d'autorité et une frontière psychologique entre eux et leurs adolescents . Certains parents sont perturbés eux-mêmes depuis leur enfance ou leur adolescence et ceci affecte la relation avec leurs adolescents. Les difficultés de relation et de communication entre parents et adolescents sont reconnues comme étant la préoccupation première de ces derniers.

À l'adolescence, la situation familiale est à la base de nombreuses difficultés et crises plus ou moins passagères ou sérieuses. Le milieu familial n'est pas nécessairement la cause mais le terrain où peuvent germer des problèmes d'adaptation. Malgré cela, la famille et les parents demeurent capables d'ajustement et ces derniers s'avèrent encore les personnes les plus significatives pour les adolescents.

L'économie et les institutions

Au plan économique, les sociétés occidentales ont également connu des bouleversements. De sociétés rurales, l'industrialisation a créé des sociétés urbaines. Elle a ouvert le marché du travail aux femmes et à un nombre croissant d'individus. Nos sociétés sont devenues plus riches et la consommation de biens s'est étendue; mais ce marché du travail s'est progressivement refermé. Depuis une décennie, le chômage s'accentue; il touche plus du quart des 16-24 ans et, pour ceux qui travaillent, une bonne partie des emplois sont avilissants. Pour une population de jeunes de plus en plus instruits et dont la créativité a été stimulée, le marché du travail est déficient en quantité et en qualité. L'avenir est plutôt sombre pour un nombre imposant d'adolescents.

L'industrialisation a entraîné un niveau de vie à la hausse dont les adolescents ont pu bénéficier. Toutefois, aujourd'hui, leur nombre s'avère un handicap face à un marché du travail aux opportunités restreintes. La richesse dans laquelle ils ont été élevés est moins disponible. Ce sont, depuis le début du siècle, les premières générations d'adolescents pour qui l'avenir est plus sombre que ce qu'il était lorsque leurs parents étaient eux-mêmes adolescents.

L'école est le produit de cette société industrielle en croissance. Les adolescents doivent s'y inscrire pour de nombreuses années. Elle donne un meilleur bagage qu'auparavant mais celui-ci n'est pas nécessairement adapté aux réalités présentes.

En outre, dans notre société, l'écart entre les riches et les pauvres s'est accentué. De plus en plus d'adolescents vivent dans des conditions socio-économiques précaires qui ne sont pas sans conséquences sur leur développement et leur comportement.

Les médias

Les médias jouent un rôle de première importance à l'adolescence. Quelle est leur influence sur les adolescents ? Il n'y a pas de réponse facile. La télévision est un lieu d'apprentissage et d'initiation ; ses objectifs ne sont pas toujours louables et logiques. Elle peut influencer la créativité et canaliser des tendances à des fins commerciales. Les adolescents passent en moyenne vingt-quatre (24) heures par semaine devant leur poste de télévision et dix-huit (18) heures et demie à écouter la radio. À la fin de leurs études secondaires, on estime que les jeunes ont passé en moyenne douze mille (12 000) heures en classe comparativement à dix-huit mille (18 000) heures devant la radio et la télé. Toutes les images, les paroles véhiculées par les médias ont un impact sur les attitudes et les comportements des adolescents.

L'idéologie sociale

La révolution occidentale a eu pour effet de diminuer la force de certaines institutions sociales, religieuses et politiques tout en substituant à une identité sociale rigide, où l'individu avait peu d'importance, une identité sociale fragmentée où dominent l'individu et la réalisation personnelle. Les modèles qui ont servi de balises et repères aux adultes d'aujourd'hui se sont évanouis laissant derrière eux un certain vide ; pourtant, la société semble vouloir encore les imposer aux adolescents, leur niant ainsi la diversité et la possibilité de réalisation individuelle. La recherche de l'identité et de l'autonomie pour les adolescents devient donc plus complexe et floue.

Si globalement, la société tend à privilégier l'individualité chez les adultes, il n'en demeure pas moins qu'elle présente un paradoxe en ce sens. En effet, notre société maintient une approche collective quant aux grands problèmes et services. C'est par de grands ensembles qu'elle cherche les solutions : services sociaux, centres d'accueil, grandes écoles, grandes industries... Et dans ce monde, tout est rationnel, logique et catégorisé. L'individu est morcelé, il se définit par sa tâche qui est de plus en plus spécifique et spécialisée. La créativité, l'initiative et la sensibilité n'y ont pas toujours une place prépondérante et ce, pour bon nombre d'individus. Et pourtant, les parents veulent éduquer leurs enfants et leurs adolescents afin qu'ils développent au maximum leur créativité, leur individualité, leur sens de l'initiative et leur sensibilité.

De plus, nos sociétés sont conçues en fonction de l'avenir. On demande aux adolescents, très tôt, de choisir des orientations scolaires, des métiers. Mais très vite, les débouchés n'existent plus ou de nouveaux débouchés s'offrent et deviennent vite saturés. On leur demande de planifier un avenir qui souvent n'existe pas.

Il y a inconsistance dans ce que nous sommes comme société, dans ce que nous voulons pour nos adolescents, dans ce qu'ils sont et dans ce que nous leur offrons. Alors que, dans plusieurs domaines, les adolescents auront à décider et à prendre des responsabilités de type adulte, nous les retardons quant à certains aspects de leur intégration au monde adulte et nions certaines facettes de leur développement, telle la sexualité. Aussi, nous comprenons mal ce paradoxe qu'ils vivent : atteindre la maturité physique plus tôt, mais devoir attendre plus longtemps pour accéder à l'autonomie financière et parfois sociale. L'adolescence se prolonge et de ce fait, on qualifie cette période de phénomène plutôt biosocial : un être mûr physiquement mais qui s'insère tardivement et plus difficilement au monde adulte.

1.4 Univers et hétérogénéité des adolescents

Même si nous pouvons retracer un fil conducteur qui permet de comprendre le développement des adolescents au niveau biologique, cognitif et psychosocial et même si ce développement s'effectue par des étapes que l'on peut distinguer, il n'en demeure pas moins que les adolescents ne constituent pas un groupe uniforme au niveau de leur développement, de leurs comportements, de leurs possibilités. La normalité de ce développement est teintée de facteurs individuels, familiaux et sociaux qui ne peuvent que donner une variété d'expression : le cheminement et l'aboutissement de ce développement ne suivent pas toujours la théorie et sont en deçà de l'idéal.

Même si de profonds changements s'opèrent à cet âge, il n'y a pas nécessairement de crise qui les accompagne. Les conflits et tensions sont souvent intérieurs et résolus avec le temps. Chez un certain nombre d'adolescents que l'on estime à environ 20 %, la crise sera visible et continue. Chez certains autres qui représentent peut-être 30 ou 40 % des adolescents , il y aura des crises successives entrecoupées de périodes plus calmes. Enfin, un nombre tout de même appréciable d'adolescents se développent sans difficultés majeures. Donc plusieurs adolescents connaîtront des difficultés d'adaptation et de développement. En fonction des éléments personnels, familiaux, sociaux et économiques en jeu, ces difficultés seront plus ou moins importantes et/ou continues. Elles ne seront pas toujours facilement perceptibles ou ne seront perçues parfois que dans un champ d'activités : famille, école, développement personnel et interpersonnel... Ces difficultés pourront s'exprimer au travers d'une série de comportements parfois dommageables : suicide, tentatives de suicide, abus de drogues, délinquance, violence, sexualité précoce, prostitution, grossesses, dépression...

Enfin, l'univers des adolescents n'est pas composé que de misères. Plus que jamais et plus que tous, les adolescents sont des êtres de relation. Si le monde adulte est paradoxalement collectivité et individualité, logique et avenir, le monde adolescent est bien plus individualité, présence et sensibilité. Ils rapprochent pensées et agirs, théories et pratiques. Ils sont lucides face au monde. Ils vont chercher dans l'expérience personnelle ce que le monde adulte puise dans la logique. Les adolescents utilisent toutes les brèches que la société leur laisse pour s'y faire une place. Ils ont leurs propres moyens, leurs sous-cultures variées. Ils sont absents, en général, des grands débats, mais très présents à eux-mêmes et à leur recherche d'équilibres heureux. Ce ne sont pas leurs valeurs qui diffèrent de celles des adultes mais leurs façons de les vivre.

Il convient donc de souligner que l'analyse des phénomènes que représentent la sexualité, la contraception et la grossesse à l'adolescence doit tenir compte de cette hétérogénéité et de cet univers diversifié à l'adolescence.

CHAPITRE I

RÉFÉRENCES

1. Centre de bioéthique, Institut de recherches cliniques de Montréal, «*Médecine et adolescence; cahier de bioéthique*», Les Presses de l'Université Laval, 1980, 305 pages.
2. CLOUTIER, R., «*Psychologie de l'adolescence*», Gaétan Morin Ed., 1982, 321 pages.
3. DOUCET, H., «Bioéthique et médecine de l'adolescence», *Médecine et Hygiène*, 40: 861, 1982.
4. DOUCET, H., « Les jeunes d'aujourd'hui et le surgissement d'une sensibilité nouvelle», *Union Médicale du Canada*, 108: 1394, 1979.
5. JEANNERET, O., SAND, E.A., DESCHAMPS, J.P., MANCIAUX, M., «*Les adolescents et leur santé*», Flammarion et Les Presses de l'Université de Montréal, 1983, 484 pages.
6. SAUCIER, J.F., STEINBERG, M., «*Adolescents et prévention: rapport préliminaire de recherche*», Université de Montréal, 1979.
7. WILKINS, J. et coll., «*Médecine de l'adolescence: une médecine spécifique*», C.I.S.E. ed. (Hôpital Sainte-Justine), 1985, 414 pages.

CHAPITRE II

LA SEXUALITÉ À L'ADOLESCENCE : UNE DIMENSION DES ADOLESCENTS

Aujourd'hui, beaucoup d'adolescents débutent leur vie sexuelle active vers l'âge de 16 ans ou même avant ; qu'on le veuille ou non, cette réalité existe et elle ne disparaîtra pas parce qu'on choisit de la nier ou de la désapprouver[1]. Dès l'enfance, nous sommes un corps, nous apprenons progressivement à le découvrir, à le connaître et à l'habiter. Et c'est par ce corps que nous apprenons à entrer en relation avec les autres. Pourquoi donc la sexualité des adolescents soulève-t-elle chez l'adulte autant d'émotivité ? Pourquoi tant d'inquiétudes, de conflits de valeurs, de refus face à un processus a la fois normal et inévitable ?

Ce qui semble préoccuper les adultes, surtout les parents, ce qui leur semble difficile à comprendre et à accepter, c'est que les adolescents arrivent à l'âge du « faire avec d'autres », à l'âge des expériences plus impliquantes. Il est certain qu'une activité sexuelle comporte des conséquences et des risques. Mais, elle est partie inhérente d'un processus normal et inévitable qui évolue depuis la naissance et s'inscrit dans le développement de chacun, d'une façon plus précoce ou plus tardive selon les individus.

2.1 Développement de la sexualité à l'adolescence

2.1.1 Aspect biopsychosocial

Pour les adolescents d'aujourd'hui, le corps acquiert sa maturité physique à un âge plus précoce. Par exemple, il n'est pas étonnant de voir une fille menstruée à 10 ans et qui, à 14 ans, a déjà l'allure d'une femme. Mais ce corps et le développement hormonal qui l'accompagne ne représente pas seulement une capacité d'expression, mais il suscite aussi des désirs et des tensions sexuelles plus tôt qu'auparavant[15].

Les adolescents sont à la période des essais et des expérimentations. Ils ont besoin de vivre des défis personnels ; ils recherchent leur identité globale et sexuelle. Les relations sexuelles s'ajoutent à leurs besoins d'entrer en relation intime, de découvrir et d'apprendre ce que les adultes ont le droit de faire.

Au début du siècle, les relations sexuelles n'étaient permises en général qu'à l'intérieur du mariage et visaient avant tout la reproduction. Bien que certains n'adhéraient pas à ces valeurs strictes, l'ensemble des couples se devaient de s'y conformer tel que prescrit par leur pratique religieuse.

Les valeurs liées à la sexualité en 1987 n'ont plus grand chose à voir avec cette époque. La permissivité sexuelle est plus présente. Le contexte dans

lequel se vivent les relations sexuelles est plus varié et ce, tant chez l'adulte que chez l'adolescent. La notion de plaisir dans la sexualité est devenue normale.

Ces bouleversements au niveau des valeurs sexuelles influencent l'agir des adolescents d'aujourd'hui. Ils sont nés lors de cette libéralisation des moeurs et vivent à travers et avec ces changements. Les jeunes ne peuvent plus s'appuyer sur des balises telles le mariage, la fidélité ou l'amour du conjoint pour la vie. Cela ne correspond pas souvent à l'exemple de leur entourage. Ils vivent à l'heure de l'éclatement des familles, d'une redéfinition des rapports homme-femme, de l'union de fait, des séparations et des divorces, et de la recrudescence des maladies transmissibles sexuellement.

2.1.2 Les étapes du développement de la sexualité

De façon générale, les étapes du développement sexuel chez les adolescents sont progressives. Il existe certains délais entre les différentes phases; ces délais varient selon les individus. Ces étapes sont:

a) la puberté, les changements physiques;

b) la masturbation, la découverte de son corps, les premières notions de plaisir sexuel;

c) les premières sorties, l'intérêt pour l'autre sexe ou son propre sexe s'il y a homosexualité;

d) les baisers;

e) les caresses;

f) la relation sexuelle complète;

Si les étapes se vivent chez la majorité des adolescents de cette façon, le rythme ou le passage d'une étape à l'autre peut varier. Certains franchissent les six étapes en quelques mois alors qu'au même moment, d'autres n'auront pas d'activité sexuelle. Il est difficile de juger de la précocité ou du retard de leur implication sexuelle, il est plus utile de comprendre le vécu et les facteurs en cause.

2.2 Le vécu

Au Québec, les études faites auprès des adolescents fréquentant un établissement scolaire nous indiquent qu'environ 50 % d'entre eux ont eu une relation sexuelle complète avant d'atteindre l'âge de 17 ans. Les statistiques varient en fonction de l'âge, du milieu (urbain, rural) et de plusieurs autres facteurs.

Des auteurs[13] décrivent quelques faits que corroborent nos pratiques. D'abord, les relations sexuelles du début sont imprévues et non planifiées. Elles ont un caractère sporadique et irrégulier. Les adolescents ne se reconnaissent sexuellement actifs qu'après plusieurs mois de relations sexuelles.

Les expériences se vivent sous forme de monogamies sériées; le lien amoureux peut persister de 3 semaines à quelques années.

Plusieurs couples sortiront quelques semaines ensemble et n'auront pas eu de relations sexuelles lors de la rupture. D'autres couples auront des relations dès les premières sorties amoureuses. Il est intéressant de noter que lorsque la fille a déjà eu des partenaires sexuels auparavant, le couple qu'elle formera par la suite débutera ses activités sexuelles dans les deux premiers mois[2].

Les filles et les garçons vivent des rythmes assez différents à travers ces étapes. Les normes de la société encouragent les hommes à accepter leur sexualité mais à nier leur fécondité; tandis qu'on attend des femmes qu'elles acceptent leur fécondité mais nient leur sexualité[6].

Si nous nous référons aux étapes du développement sexuel, les garçons connaissent d'abord l'érection et l'éjaculation. C'est à partir du plaisir qu'ils découvrent la sexualité; la génitalité occupe une place importante. En contrepartie, les filles, à 11, 12, ou 13 ans, vont connaître les premières menstruations qui ne seront pas nécessairement agréables, mais qu'elles devront apprendre à accepter. Souvent, la fille ne connaît pas l'éveil sexuel par le biais du plaisir. Même si ce dernier est plus reconnu aux femmes de notre époque, il persiste une gêne, un tabou chez les filles à l'explorer naturellement.

Plus de garçons que de filles acceptent l'idée du plaisir physique ou de «tenter l'expérience» comme principale raison de relation sexuelle[14]. Les garçons ressentent beaucoup de désirs sexuels et par conséquent, demandent rapidement aux filles de faire l'amour. Cependant on a l'impression que les filles se sentent bousculées et amenées trop rapidement aux relations sexuelles. Elles ne sont pas prêtes à cette expérience si intime... de leur propre aveu, elles continueraient l'exploration des caresses et vivraient davantage une sexualité de tendresse et d'affection. La découverte de leur corps et de leur plaisir étant à peine amorcée, la sexualité peut être souvent vécue avec résistance et culpabilité. Plusieurs auront des relations sexuelles pour faire plaisir à leur ami.

La communication sur la sexualité, dans le couple adolescent, est quasi inexistante: beaucoup de gêne, d'ignorance et de manque d'ouverture à apprivoiser les rythmes sexuels de l'autre. Le garçon y gagnerait dès son jeune âge à découvrir davantage la sensualité, les caresses, la détente, la tendresse et à moins diriger son énergie sur la relation sexuelle complète. Pour les garçons, l'accumulation quantitative d'expériences et la performance sont encore trop souvent aux premières loges. Quant aux filles, l'affirmation de soi, une plus grande agressivité et un respect de leurs limites seraient à développer.

2.3 Les facteurs d'influence

2.3.1 Les amis, le groupe

Aujourd'hui, on parle davantage de sexualité dans le groupe d'amis, mais on n'en parle pas nécessairement de façon adéquate. Il demeure délicat d'évaluer l'impact sur l'adolescent de la norme du groupe en matière de sexualité mais on peut affirmer qu'il y existe une forme de pression, souvent subtile ou pas, pour se conformer. L'importance d'être aimé et accepté, de ne pas paraître « niaiseux », amènera certains à vivre des relations sexuelles plus tôt qu'ils ne les avaient souhaitées.

Il est difficile à 14 ou 16 ans de prendre du recul par rapport au groupe de façon à trouver ses propres valeurs sur la sexualité. L'homogénéité n'existe pas en soi ; c'est lui ou elle qui devra trouver sa norme à la lumière de ses apprentissages, et ce, malgré les influences multiples et souvent contradictoires du milieu.

2.3.2 Les médias

Dès le très jeune âge, les enfants sont confrontés à un discours sexuel empreint de fantaisie ou encore à du matériel pornographique. Les émissions les plus regardées à la télévision, téléromans, séries hebdomadaires, films, présentent rarement une image de la sexualité qui soit réaliste. Les héros se retrouvent au lit dès la première rencontre et il est rarement question de MTS, de contraception et surtout, il n'en résulte jamais une grossesse non planifiée. Par ailleurs, l'enfant qui entre chez un dépanneur est confronté à toute une panoplie de revues suggestives quand il n'a pas tout simplement accès, grâce aux vidéos, à des films pornographiques dans son propre salon.

Toutes les images et les paroles véhiculées par les médias ont un impact sur les attitudes et les comportements sexuels des adolescents . La publicité s'adresse aux jeunes et propose le message que la sexualité et le plaisir vont de pair avec la jeunesse. Les mannequins, les vedettes sportives et les stars sont recrutés de plus en plus parmi les jeunes adolescents et reflètent l'image d'une liberté totale.

Cependant, une représentation d'activité sexuelle où il n'est jamais question de contraception, de responsabilités ou de parentalité peut amener l'adolescent à croire que, tout comme au petit écran, on peut faire l'amour sans qu'il y ait de risques de grossesse. Un rapport sur la représentation de la sexualité dans les médias américains estime que les médias fournissent aux jeunes plusieurs indices sur la façon d'être « sexy », mais très peu d'informations sur la façon d'être responsable sexuellement [12].

2.3.3 La famille

Les valeurs et le vécu à l'intérieur de la famille sont des facteurs qui vont influencer aussi l'expression de la sexualité adolescente. Plusieurs adolescents vivent des relations affectives satisfaisantes dans leur milieu. Dans d'autres familles, les besoins des jeunes sont inadéquatement ressentis et perçus lorsque les parents sont inondés de leurs propres problèmes, de leur mal d'être et de vivre. Enfin, d'autres devront se débattre avec des difficultés multiples. On reconnaît les conséquences néfastes de vivre dans des familles ou cohabitent la rigidité, l'instabilité, la violence physique et psychologique[4].

Il est étonnant d'écouter les confidences de certains adolescents qui donnent l'apparence de se sentir bien. Souvent, ils souffrent, manquent d'amour et d'affection, d'un ou des deux parents, ou sentent tout simplement qu'on ne s'occupe pas d'eux. Ils pourront donc vivre des relations sexuelles souvent plus précocement, dans l'espoir de combler le vide physique ou affectif parental ou de défier la rigidité du milieu familial.

La réprobation familiale, les valeurs religieuses et morales parfois très strictes de certains milieux, peuvent avoir assez d'influence pour freiner le développement normal de l'adolescent et retarder les relations sexuelles. Il n'est pas exclu que le jeune lui-même puisse adhérer à ces valeurs et ne pas se sentir prêt à actualiser sa sexualité.

2.3.4 Le milieu socio-économique défavorisé

Outre les milieux familiaux perturbés, dans les milieux défavorisés, l'âge de la coïtarche surviendra plus tôt [15]. Il n'est pas rare de rencontrer parmi ces adolescents, une sexualité active comme l'expression d'une sous-culture[4]. Il se pourrait aussi que ce soit ce que le parent a lui-même vécu.

2.4 L'exploitation sexuelle

La sexualité à l'adolescence peut donc s'inscrire dans le cadre d'un développement normal et harmonieux à cet âge. Elle peut, par contre, être une réponse à des situations socio-économiques ou familiales particulières qui influencent plutôt négativement son développement. L'expression de la sexualité peut aussi être influencée par l'univers social dans lequel les adolescents évoluent. L'avènement de la société de consommation aura marqué non seulement le rapport à l'objet mais entraîne aussi l'augmentation de l'exploitation des adolescents.

2.4.1 L'inceste et les abus sexuels

À l'heure où nos statistiques sont désastreuses à cet égard[3], bon nombre de filles et aussi de jeunes garçons ne choisissent pas d'avoir des activités sexuelles ; ils y sont souvent forcés. On sous-estime probablement l'ampleur des conséquences de l'inceste et des abus sexuels sur les comportements sexuels subséquents. Pour ces jeunes, le sexe a servi de valeur marchande de l'amour et de l'affection dès le très jeune âge. Ces victimes ont en général une faible estime d'elles-mêmes et peu de confiance en soi. Cette attitude

porte atteinte à leur sécurité, à la fierté et leur sentiment de pouvoir être aimées pour elles-mêmes et non pour leur corps ou les caresses exigées.

La capacité de dire « non » quand c'est nécessaire, dans un rapport avec l'autre sexe ou face aux sollicitations sexuelles nombreuses, n'est pas intégrée chez ces victimes; elles ont une attitude ambivalente, fragile et vulnérable. Nous retrouverons parfois chez elles des comportements et habillements hypersexualisés, les atouts physiques leur permettant selon ce qu'on leur a appris, d'obtenir les compliments, la tendresse et l'affection dont elles ont besoin.

2.4.2 La prostitution

L'exploitation sexuelle fait partie de l'univers de bon nombre d'adolescents . Le commerce des danseuses(rs) nues(s), de la prostitution, des parades de mode érotique, etc. font appel aux jeunes. Plus ils (elles) sont jeunes, plus ils (elles) sont populaires auprès du client.

Les adolescents y voient une façon facile de gagner de l'argent, particulièrement dans un monde où l'apport matériel et financier est si valorisé. Ceux qui acceptent d'intégrer ce milieu ou qui en font déjà partie par leur famille ou amis, sont pour la majorité des adolescents qui ont déjà vécu beaucoup de difficultés depuis leur enfance.

Particulièrement chez les garçons, la prostitution va créer un sentiment d'ambivalence par rapport à l'identité sexuelle car elle se pratique surtout chez les homosexuels. Les conséquences et le bilan pour une adolescente ou un adolescent d'avoir des pratiques sexuelles commerciales pourraient faire l'objet d'un chapitre complet. Là n'est pas notre propos, mais on peut en conclure qu'il y a grave atteinte à une sexualité saine et responsable. Toutes les valeurs nécessaires à l'épanouissement sexuel telles le respect, le sentiment amoureux, le consentement, la communication, le bien-être deviennent alors impossibles à intégrer.

En résumé, la sexualité est partie intégrante du développement des adolescents . Ses composantes sont biologiques, psychologiques et sociales. Ce développement suit des étapes communes mais dont la progression variera selon les personnalités, le vécu, le contexte et les valeurs des individus. Le plaisir est de plus en plus reconnu socialement comme une valeur de la sexualité. Biologiquement, la découverte de la fertilité est différente pour chaque sexe et il persiste des stéréotypes sexistes en ce qui concerne l'expression de la sexualité. Les principaux facteurs d'influence sur le développement de la sexualité sont: les amis, les médias, la famille et le milieu social. Ces facteurs contribueront à l'hétérogénéité de l'expression et du vécu sexuel qui peuvent aller de l'abstinence à la prostitution. Certaines situations (exploitation, abus) peuvent rendre malsaine l'expression de la sexualité.

CHAPITRE II

RÉFÉRENCES

1. CHARBONNEAU, FRAPPIER et coll., *« Vie sexuelle à l'adolescence, une réalité silencieuse »*, La Presse 5 juin 1987, document préparé par le DSC Ste-Justine, mars 1987.
2. CHARBONNEAU, Louise, *« Vécu sexuel des adolescents(es) »*, Communication au Colloque sur la sexualité à l'adolescence Trois-Rivières, mai 1985, 30 pages.
3. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *« Rapport et propositions sur la prévention des abus sexuels à l'égard des enfants »*, mai 1986, 57 pages.
4. CSSMM, « La sexualité des adolescents et des adolescentes », dans l'*Écoutille*, vol. 5, no 2, pp. 1-40, 1980.
5. DE GRAMONT, Monique, « Faire l'amour à 15 ans », dans *Chatelaine*, février 1986, pp. 33-37.
6. Département de santé communautaire, Université Laval, *« Santé des jeunes »*, 1984.
7. DESJARDINS, Marie-France et BRUNET, Gilles, « La sexualité » dans *Médecin du Québec*, avril 1984, pp. 35-42.
8. DESJARDINS, Marie-France, LANGLOIS, S. et LEMOYNE, Y., « Enquête épidémiologique sur la sexualité des adolescents fréquentant un CEGEP », dans *L'Union Médicale du Canada*, Tome 115, Septembre 1986, pp. 668-671.
9. DUQUETTE, Francine, *« L'éducation sexuelle informelle dans les médias »*, Communication présentée au Colloque provincial en sexualité, Trois-Rivières, mai 1987.
10. GAUDREAULT, Agnès, *« La sexualité des adolescents(es) »*, Colloque Planning-Sexualité, mai 1986.
11. HAFFNER, D.W., KELLY, M., « Adolescent Sexuality in the Media », *SIECUS Report*, March-april 1987, pp. 9-12.
12. OUELLET, Suzanne et TREMBLAY, Marie-Andrée, *« La grossesse à l'adolescence, programme de soins infirmiers en santé communautaire »*, Université de Montréal, Hiver 1986, 34 pages.
13. Secrétariat à la Jeunesse, *« L'adolescent et la sexualité »*, 1984.
14. WILKINS, J., ONETTO, N., FRAPPIER, J.Y., « La sexualité à l'adolescence: phénomène pluridimensionnel », *Union médicale du Canada*, vol. 110, no 3, mars 1981, pp. 186-188.
15. LAMBERT, Y., PARÉ, L.: *« Sexualité et contraception chez les adolescents et adolescentes d'un quartier de Montréal »*, Rapport de recherche, CLSC Octave Roussin, 1987.

CHAPITRE III
LA CONTRACEPTION À L'ADOLESCENCE

Les jeunes des années 80 sont donc actifs sexuellement et ce, de plus en plus précocement. Vivent-ils cependant, leur sexualité de façon responsable ?

Le contrôle des naissances, permettant de planifier la naissance d'enfants au moment désiré, n'est pas une tâche facile. Certes, depuis une vingtaine d'années, la morbidité et la mortalité liées à l'utilisation de la contraception ont diminué et sont même devenues inférieures à celles de la non-utilisation (soit par extension, de la grossesse). Cependant, les adolescentes sont les femmes qui ont le plus haut taux d'échec pour toutes les méthodes contraceptives[35]. Selon Laurie Zabin[36], 14 % seulement consultent avant leur première relation sexuelle, tandis que 30 % se présentent la première fois à un service de contraception pour une suspicion de grossesse.

Sexualité et contraception à l'adolescence ne vont pas nécessairement de pair dans notre société. Afin d'élaborer sur ce sujet, nous présentons un portrait de l'utilisation de la contraception par les jeunes, le type de méthodes employées, les sources d'information contraceptive, les motifs de non-contraception, et enfin les conditions favorisant un comportement contraceptif chez les adolescents.

3.1 Utilisation de la contraception par les jeunes

Ces dernières années, au Québec, plusieurs chercheurs se sont penchés sur l'utilisation de la contraception par les jeunes et nous éclairent sur leurs activités. Les études[4,6,11] faites dans les années 1976 à 1985 au Québec rapportent une utilisation de contraception lors de la première relation sexuelle variant de 52 à 70 % des adolescents dont environ 5 à 10 % se fiant à une méthode moins efficace. On note une amélioration légère de la pratique contraceptive au fil des années[6]. Néanmoins, 40 à 60 % des jeunes québécois demeurent donc à risque d'une grossesse non planifiée lors de leur première relation sexuelle.

Une autre façon d'évaluer la contraception est d'examiner le nombre de jeunes ayant utilisé une méthode lors de leur dernière relation sexuelle précédant l'enquête; à ce stade, 60 à 80 % des jeunes du Québec utilisent une méthode contraceptive et celle-ci se révèle inefficace dans 10 % des cas[4,6,11].

Aux États-Unis par ailleurs[37], 34 % des jeunes utilisent régulièrement un moyen contraceptif tandis que 39 % en utilisent irrégulièrement et 27 %

jamais. Le taux de jeunes utilisant une méthode contraceptive augmente avec l'âge tant chez la fille que chez le garçon[19,37]:

Fille	31 %	<	15 ans	62 %	>	18 ans
Garçon	34 %	<	15 ans	59 %	>	18 ans

Le temps moyen de consultation entre la première relation sexuelle et la première consultation varie en moyenne de 3 mois à 1 an. Au Québec, les jeunes consultent en majorité plus tôt qu'aux États-Unis[6,36].

Il est important, face à tous ces chiffres, d'avoir un regard critique. En effet, ceux-ci correspondent presqu'exclusivement à l'utilisation contraceptive des jeunes en milieu scolaire, particulièrement au CEGEP. La réalité contraceptive des jeunes qui ne fréquentent pas le système d'éducation n'est pas exposée. Ces chiffres peuvent donc surestimer l'utilisation contraceptive de l'ensemble des jeunes.

D'autre part, en général, les filles utilisent plus la contraception que les garçons[28]. Près de 50 % des garçons considèrent que la contraception est une affaire de fille et la majorité des jeunes ne désirant pas utiliser de contraception sont des garçons[19,20,28]. De plus, beaucoup de jeunes filles sont d'accord pour dire que la contraception est de leur ressort, surtout lorsqu'elles sont avec un partenaire d'occasion[19]. Dans le cadre d'une relation monogame prolongée, surtout chez les adolescents plus âgés, les garcons sont plus intéressés à la contraception et les filles, davantage portées à faire confiance à leur partenaire[19].

En résumé, le risque de grossesse lors de la première relation sexuelle est très élevé chez les adolescentes. L'utilisation régulière de la contraception par les jeunes demeure insuffisante. L'utilisation de méthodes contraceptives augmente avec l'âge[4]. L'inégalité des sexes en matière de contraception originant de toute évidence du double langage de notre société envers la sexualité est une réalité encore présente au sein de notre génération.

3.2 Méthodes contraceptives utilisées

Les enquêtes actuellement disponibles révèlent que l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescents varient selon qu'il s'agit de leur première ou de leur dernière relation sexuelle. Les adolescents utilisent principalement trois méthodes contraceptives: les anovulants, le condom et le coït interrompu.

La «pilule» est, règle générale, la méthode la plus prisée par les femmes de moins de 30 ans et les célibataires[3,25]. Les études québécoises rapportent que l'utilisation de la «pilule» par les adolescentes varient de 45% lors de la première relation sexuelle, à 80 % lors de la dernière relation sexuelle[4,6,11]. Ce sont surtout les adolescentes plus âgées qui l'utilisent, alors que les plus jeunes semblent préférer le condom. La «pilule» est surtout utilisée par des adolescentes impliquées dans une liaison stable: les jeunes considèrent alors que les effets secondaires possibles des contraceptifs oraux valent bien le risque des relations sexuelles régulières non protégées[19]. En plus, malgré leur prix élevé, ils apprécient leur efficacité et sa non-association au coït comme tel. Cependant la fidélité des jeunes sous anovulants chute au fil des mois, la raison principale invoquée étant la brisure de la liaison avec le partenaire. D'autre part, aux États-Unis[37], de 1976 à 1979 on a noté une baisse de l'utilisation des contraceptifs oraux chez les adolescentes; en effet, sous l'influence de mouvements naturistes, les méthodes peu efficaces telles que le coït interrompu et la méthode Ogino Knauss, ont pris un essor particulier. Le Québec n'a pas échappé, non plus, à cette tendance[6].

Le condom est un des moyens utilisés par les adolescents[4]. Il a la faveur de ceux qui ont des partenaires d'occasion[19]. Ces dernières années, de plus en plus de jeunes sont sensibilisés à l'usage du condom à cause de son effet de protection contre les maladies transmissibles sexuellement et son usage s'est accru au Québec[6]. Plusieurs adolescents québécois disent utiliser le condom au cours de leur première relation sexuelle pour, par la suite, l'utiliser moins souvent. Près de 50 % des adolescents affirment ne jamais ou rarement utiliser un condom.

Le coït interrompu est fort utilisé par les jeunes; il est un des grands responsables des grossesses non planifiées. Les jeunes considèrent que «c'est mieux que rien», même s'ils savent très bien que ce n'est pas une méthode efficace[6,19].

En ce qui concerne les autres méthodes, les jeunes en ont des connaissances fragmentaires: les méthodes rythmiques sont mal comprises et peu applicables, vu la fréquence élevée d'irrégularité menstruelle chez les adolescentes. Le stérilet est mal connu et non recommandé pour les jeunes[12]. Le diaphragme semble très étrange et rebutant. Les spermicides sont mieux connus mais leur mode d'utilisation est ignoré. Finalement, l'éponge contraceptive, toute récente, n'a pas encore atteint la culture adolescente.

En résumé, les méthodes contraceptives les plus utilisées à l'adolescence sont: les anovulants, le condom et le coït interrompu. L'utilisation des méthodes contraceptives varient selon l'âge et l'histoire sexuelle des adolescents. Ils manquent de constance dans l'utilisation des méthodes contraceptives et leur connaissance de l'ensemble des méthodes accessibles demeure limitée.

3.3 Information sur la contraception

Pour acquérir des connaissances sur les méthodes contraceptives, les jeunes doivent s'informer. Leurs sources d'information sont multiples: école, amis, parents, médecins, cliniques, livres, magazines, publicité, télévision.

Leur source principale d'information est avant tout les amis[4,8,19,29,34]. Les jeunes admettent cependant que leurs amis ne sont pas les meilleurs informateurs. Comme deuxième source, les jeunes citent les parents ou les professionnels de la santé, dépendant des enquêtes.

Le titre de meilleur informateur est régulièrement accordé aux professionnels de la santé. Cependant, on rapporte que les intervenants de la santé ne sont pas très disponibles et accessibles; les jeunes hésitent souvent à se déplacer et les rencontrer.

D'autre part, les parents ne sont pas toujours très avertis et ouverts à la sexualité et la contraception; selon les adolescents , ils ne sont pas non plus les interlocuteurs de choix dans ce domaine[19].

Les autres sources d'information sont évaluées de diverses façons par les jeunes: l'école leur transmet peu d'information et celle qui existe, est souvent très théorique, loin du vécu des jeunes et donc peu intégrée.

Les informations écrites sont souvent considérées comme longues, compliquées et peu adaptées aux adolescents. Les films et la télévision, devant lesquels les jeunes passent la majorité de leur temps[29], ne transmettent aucune information contraceptive.

Les jeunes aiment recevoir de l'information par petits groupes ou par l'intermédiaire d'articles brefs dans les journaux étudiants[6]. Actuellement, ce type d'initiative est encore parcellaire.

En résumé, les adolescents s'informent entre eux et se transmettent le plus souvent des informations erronées ou insuffisantes. Les meilleurs informateurs sont peu disponibles et accessibles. Peu d'initiatives sont prises pour élargir l'éventail des sources d'information contraceptive aux jeunes.

3.4 Motifs de non-contraception

Depuis plusieurs années, alarmés par la croissance du taux de grossesse à l'adolescence, les intervenants se posent cette question cruciale: pourquoi les adolescents n'utilisent-ils pas les méthodes contraceptives? Plusieurs études se sont attardées à ce problème et ont tenté de découvrir les raisons d'une telle situation.

En premier lieu, l'information contraceptive telle que véhiculée est un des facteurs incriminés: quoique de plus en plus abondante, elle est presqu'exclusivement axée sur « la cuisine contraceptive ». Ce type d'information principalement basée sur l'aspect cognitif déplaît aux jeunes, au point qu'ils y deviennent même réfractaires. Ils préféreraient une information tirée de leur vécu, du partage de leurs expériences et de leurs appréhensions. De plus, l'absence d'éducation sexuelle ne fait que renforcer le caractère inadéquat d'une information qui survient comme par enchantement dans la vie des jeunes. L'information contraceptive actuelle n'est donc pas adaptée aux besoins des adolescents, ni intégrée, ni utilisée.

Plusieurs facteurs socio-familiaux influencent également les jeunes dans leur comportement contraceptif: l'instabilité familiale, de plus en plus fréquente, démotive les jeunes et augmente leur déséquilibre émotif préexistant. À force de rechercher une sécurité chez les amis et les modèles – T.V., il ne leur reste plus de temps pour prévoir les conséquences de leur geste et se renseigner. Les amis, bons consolateurs, ne sont pas pour autant bons conseillers; tous pataugent dans l'ignorance et le questionnement inavoués. Quant aux médias, leur réputation n'est plus à faire; ceux-ci ne tarissent pas en inventions sexuées de toutes sortes; de plus, le comportement non-contraceptif y est à l'honneur et presque exclusivement personnifié par de jeunes adultes. Ne serait-il pas temps de rajouter une enveloppe de condoms dans la poche arrière des jeans portés par une blonde sexy? Tous ces éléments, ajoutés aux modèles sexuels traditionnels et à l'absence de modèle sexuel responsable, influencent négativement le comportement contraceptif des jeunes.

D'autre part, la nature même de l'adolescence semble être peu compatible avec un comportement contraceptif responsable: pensée magique, difficulté de percevoir le danger, de se projeter dans le futur, lenteur à se reconnaître sexuellement actif, révolte contre les valeurs des adultes, identification au modèle proposé par la société, sont autant d'éléments négatifs. L'accessibilité et la disponibilité des services interviennent également. En contraception, peu de ressources adaptées aux jeunes existent dans la province. Les cliniques de planification des naissances sont réparties de façon inégale et ne suffisent pas à la demande. L'article 42 de la Loi sur la protection de la santé publique stipule qu'à partir de l'âge de 14 ans, un adolescent peut recevoir des soins médicaux sans le consentement de ses parents quand son état de santé est menacé. Or cet article de la Loi demeure flou quant à son interprétation en regard de la contraception. Une interprétation stricte de cette Loi pousse certains médecins et des cliniques de planning à refuser autant la pilule du lendemain que la contraception à long terme à l'adolescente qui n'a pas le consentement écrit de ses parents. Des échecs contraceptifs en plus grand nombre risquent donc de survenir, ce qui n'allégera pas le problème des cliniques de planification des naissances, ni celui des adolescents. Enfin, en plus de ces considérations, une série d'autres facteurs associe ou influence négativement le comportement contraceptif des adolescents et mérite d'être mentionnés:

1er Les facteurs socio-économiques et démographiques:

- Le jeune âge lors de la première menstruation[21], lors des premières relations sexuelles[5,6,12] ou lors de la première utilisation de contraceptifs oraux[20];
- La séparation ou le divorce des parents[14,15], les familles nombreuses[5] et le milieu socio-économiquement défavorisé [5,12,25];
- Le célibat[3,25] et les ethnies différentes[30].

2e Les facteurs psychiques, comportementaux et cognitifs

- Grossesses et avortements antérieurs: les études sont divisées sur ce sujet[1,18,20,21];

- La peur d'avoir des relations sexuelles[19], de parler de sexualité et de contraception avec le partenaire[19,34], de consulter le médecin[2,5,19,34] et des effets secondaires des méthodes contraceptives[1,6,8,10,12,15,20,23]. La peur de perdre le ou la partenaire [34] et enfin la culpabilité face à la sexualité[5,10,15];
- Le désir de grossesse[5,8,10,12,20,30], le désir d'enfant du partenaire, l'impression de ne pas être fertile[1,10,12,20];
- Les problèmes familiaux et socio-affectifs[12,14,20,34], l'absence de plan de carrière[5,8,20], le locus de contrôle externe[11];
- Les relations sexuelles peu fréquentes[1,10,13,20,21,22] la spontanéité et l'absence de planification des relations[2,15,19,20,34], la multiplicité des partenaires[5,8,19,21,22];
- Le manque d'éducation sexuelle et de connaissances sur la sexualité, la contraception et les services[2,6,10,12,15,19,20,25].

3° Facteurs liés à l'entourage et l'environnement

- Le jugement négatif des amis à l'égard de la contraception[5,11], l'absence d'implication des parents et leur ambivalence ou anxiété face à la sexualité[5,12,15,20];
- L'ambivalence de la société face à la sexualité[12,15,31], l'idéalisation de la sexualité dans les médias[15,29], le mouvement naturiste[15,35];
- La difficulté d'accès aux services contraceptifs et l'insatisfaction[2,10,11,20,24,25], le problème de la confidentialité et de la Loi[7].

Parmi tous ces motifs de non-contraception, certains sont modifiables facilement tels l'amélioration des services ou l'instauration d'éducation sexuelle; d'autres impliquent des changements en profondeur ou à long terme comme les changements de mentalité et de comportement et les recherches sur de nouvelles technologies contraceptives; plusieurs sont presque cristallisés et peu malléables comme la fertilité, le psychisme, l'âge gynécologique. Finalement, l'adolescence est un âge particulier dont il ne faut pas surestimer les possibilités, ni sous-estimer les limites.

3.5 Conditions favorisant la contraception

La plupart des études récentes orientent maintenant leur intérêt sur les éléments qui favorisent ou sont associés positivement à un comportement contraceptif chez les jeunes.

- Des relations sexuelles plus tardives (projet entrepris à Atlanta, Georgie, États-Unis);
- Des relations sexuelles régulières[1,13,20,21,22];
- Des liaisons stables avec un partenaire[5,8,19,21,22];
- Un partenaire responsable[15,19,23];
- Le support des parents[5,14,15,20];
- Une stabilité familiale[12,14];
- Une famille peu nombreuse[6];
- Une bonne éducation familiale[2,10,12,15];
- Un statut socio-économique élevé[5,25];
- Une information contraceptive adaptée et complète [6,15,19,20,26];
- Une accessibilité adéquate des services[2,11,15,20,24].

L'éducation sexuelle, encore embryonnaire au Québec, soulève de nombreux questionnements. Beaucoup se demandent si elle n'incite pas les jeunes à plus d'activités sexuelles. Les études sur l'impact de l'éducation sexuelle chez les jeunes rapportent une amélioration du comportement contraceptif sans changement notable de l'activité sexuelle. D'ailleurs, associée à une meilleure accessibilité et disponibilité des services cliniques, l'éducation sexuelle diminue sensiblement et rapidement le nombre de grossesses à l'adolescence[35,36].

De plus, dans les milieux où l'on a mis en oeuvre un système de counselling par les pairs (Rimouski '86) ou encore les endroits où l'on a augmenté l'information contraceptive, la contraception s'est améliorée.

D'autre part, des éléments plus surprenants ont été rapportés:

1) Les adolescents, surtout les plus jeunes, semblent préférer et même rechercher des intervenants plus directifs face au choix contraceptif[11,21,24].
2) Les garçons sont très sensibles au risque de grossesse. Des connaissances à cet effet, ainsi que des précisions sur leur rôle de père, aiguisent leur sens des responsabilités[5,19,28].
3) Les filles, pour leur part, réagissent beaucoup moins au risque de grossesse. Elles n'en ont pas vraiment peur..., cependant, lorsqu'on leur permet de s'affirmer[11,22], et de convoiter une carrière[5,20], ceci peut entraîner un meilleur comportement contraceptif.

En conclusion, le comportement contraceptif des jeunes est actuellement déficient. Or, l'absence ou la mauvaise utilisation de contraception est sans aucun doute, la cause la plus évidente de grossesse non planifiée. Voyons maintenant les données concernant la situation québécoise de la grossesse à l'adolescence.

CHAPITRE III

RÉFÉRENCES

1. ABRAMS, M., «Birth Control Use by Teenagers. One and two years Post-abortion», *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 6, no 3, pp. 196-300, 1985.
2. ANDERSON, C., «Preventing Teenage Pregnancy: A Team Approach», *Canadian Family Physician*, vol. 32, november 1986, pp. 2461-2463-2473.
3. BALARKRISHNAN, T.R., KROTKI, K. and LAPIERRE-ADAMCYK, E., «Contraceptive Use in Canada, 1984», Family *Planning Perspectives*, vol. 17, no 5, september/october 1985, pp. 209-215.
4. BÉRUBÉ, J., «*Utilisation de la contraception et sources d'informations des jeunes*», texte non publié, Rimouski, 1985.
5. BODSON, B., BOGAERTS, S., MONDEVILLE, D., SCIAMA, S., VANDEKEERE, M., «Essai d'élaboration d'un modèle explicatif du comportement contraceptif des adolescentes», *Contraception-Fertilité-Sexualité*, vol. 14, no 11, pp. 1013-1018, 1986.
6. DESJARDINS, M.F., LANGLOIS, S. ET LEMOYNE, Y., «Enquête épidémiologique sur la sexualité d'adolescents fréquentant un CEGEP», *L'Union Médicale du Canada*, tome 115, septembre 1986, pp. 668-671.
7. DOUCET, H., «Éthique et Contraception à l'adolescence», *L'Union Médicale du Canada*, Tome III, octobre 1982, pp. 923-926.
8. DURANT, R.H., JAY, M.S., LINDER, C.W., SHOFFITT, T. AND LITT, I., «Influence of Psychosocial Factors on Adolescent Compliance with Oral Contraceptives», *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 5, no 1, 1984, pp. 1-6.
9. ELKINS, T.E., MCNEELEY, S.G. AND TABB, T., «A New Era in Contraceptive Counselling for Early Adolescents», *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 7, no 6, 1986, pp. 405-408.
10. FORTIER, L., «Les Aspects sociaux et psychologiques de la contraception à l'adolescence, *L'Union Médicale du Canada*, Tome 105, Septembre 1976, pp. 1377-1380.
11. FORTIN, M.F., TAGGART, M.E., KÉROUAC, S., «La contraception chez les adolescents», *Presse-Medic*, mars 1987.
12. FRAPPIER, J.Y., GAGNÉ, R., VANDAL, S., «*Suivi contraceptif de 145 adolescentes et facteurs de fidélité*», Communication personnelle, 1985.
13. FREEMAN, E.W., RICKELS, K., MUDD, E.B.H. AND HUGGINS, G.R., «Never-Pregnant Adolescents and Family Planning Programs: Contraception, Continuation and Pregnancy Risk», *American Journal of Public Health*, vol. 72, no 8, august 1982, pp. 815-822.
14. GISPERT, M., BRINICH, P., WHEELER, K., KRIEGER, L., «Predictors of Repeat Pregnancies Among Low-Income Adolescents», *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 35, no 7, july 1984, pp. 719-723.
15. GUILBERT, E., «La contraception à l'adolescence», *Le Médecin du Québec*, juin 1985, pp. 27-32.
16. HERCEG-BARON, R., FURSTENBERG, F.F., SHEA, J. AND MULIAN HARRIS, K., «Supporting Teenager's Use of Contraceptives: A comparison of Clinic Services», *Family Planning Perspectives*, vol. 18, no 2, March/April 1986, pp. 61-66.
17. HOFFERTH, S.L., KAHN, J.R. AND BALDWIN, W., «Premarital Sexual Activity among U.S. Teenage Women over the Past Three Decades», *Family Planning Perspectives*, vol. 19, no 2, march/april 1987, pp. 46-53.
18. KALMUSS, D.S., «Contraceptive Use. A Comparison between Ever and Never-Pregnant Adolescents», *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 7, no 5, 1986, pp. 332-337.
19. KRISKER, E.E., «Teenages Talk about Sex, Pregnancy and Contraception«. *Family Planning Perspectives*, vol. 17, no 2, march/april 1985, pp. 83-90.
20. KULIG, J.W., «Adolescent Contraception: An Update», *Pediatrics Supplement*, 1985, pp. 675-680.
21. LITT, I.F., CUSKEY, W.R., RUDD, S., «Identifying Adolescents at Risk of Non-Compliance with Contraceptive Therapy», *The Journal of Pediatrics*, vol. 96, no 4, april 1980, pp. 742-745.
22. LITT, I.F. AND GLADER, L., «Follow-up of Adolescents Previously Studied for Contraceptive Compliance», *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 8, no 4, 1987, pp. 349-351.

23. MILLER, W.B., «Why Some Women Fail to Use Their Contraceptive Method: A Psychological Investigation», *Family Planning Perspectives*», vol. 18, no 1, January/February 1986, pp. 27-32.
24. NATHANSON, C.A. and BECKER, M.H., «The Influence of Client-Provider Relationship on Teenage Women's Subsequent Use of Contraception», American *Journal Of Public Health*, vol. 75, no 1, January 1985, pp. 33-38.
25. ORY, H.W., FORREST, J.D. AND LINCLON, R., «*Making Choices. Evaluating the Health Risks and Benefits of Birth Control Methods*», The Allan Guttmacher Institute, 1983.
26. PFEFFER, C., ENGEL, D., JANS, N., CLAUSS, S., «Les jeunes filles et la contraception». Enquête réalisée dans le Centre de Planification du MFPF à Strasbourg en 1985, *Contraception-Fertilité-Sexualité*, vol. 15, no 5, 1987, pp. 511-516.
27. PHILLIBER, S.G., JONES, J., «Staffing a Contraceptive Service for Adolescents: The Importance of Sex, Race and Age», *Public Health Reports*, vol. 97, no 2, march/april 1982, pp. 165-169.
28. PITT, E., «Targeting the Adolescent Male», *Journal of Community Health*, vol. 11, no 1, Spring 1986, pp. 45-48.
29. SANDERS, J.M., BROOKMAN, R.R., BROWN, R.C., GREENE, J.W., MCARNARNEY, E.R., SCHONBERG, S.K., GOLDSTEIN, P., COMERCI, G.D., «Sexuality, Contraception and Media», Committee on Adolescence 1985-1986, *Pediatrics*, vol. 78, no 3, september 1986, pp. 535-536.
30. SMITH, P.B., MCGILL, L. AND WAIT, R.B., «Hispanic Adolescent Conception and Contraception Profiles. A Comparison», *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 8, no 4, 1987, pp. 352-355.
31. THEUNISSEN, L., «Adolescence et choix contraceptif», *Contraception-Fertilité-Sexualité*, vol. 14, no 11, 1986, pp. 1051-1053.
32. VAZ, R., SMOLEN, P. AND MILLER, C., «Adolescent Pregnancy. Involvement of the Male Partner», *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 4, no 4, 1983, pp. 246-250.
33. WALLOT, H., «L'adolescent et la contraception», *L'Union Médicale du Canada*, Tome 115, pp. 779-782 et pp.735-739, Octobre et Novembre 1986.
34. WALLOT, H., «*L'implication de l'adolescent de sexe masculin dans la contraception*», projet de recherche-action visant un changement social dans une population de jeunes, document non publié.
35. ZABIN, L.S., HIRSCH, M.B., SMITH, E.A., STREETT, R., AND HARDY, J.B., «Adolescent Pregnancy-Prevention Program. A Model for Research and Evaluation» *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 7, no 2, 1986, pp. 77-87.
36. ZABIN, L.S., HIRSCH, M.B., SMITH, E.A., STRETT, R., AND HARDY, J.B., « Evaluation of a Pregnancy Prevention Program for Urban Teenagers», *Family Planning Perspectives*, vol. 18, no 3, pp. 119-126, May/June 1986.
37. ZELNIK, M., KANTNER, J.F., «Sexual Activity, Contraceptive Use and Pregnancy among Metropolitan-Area Teenagers: 1971-1979», *Family Planning Perspectives*, vol. 12, 1980 pp.230-237.

CHAPITRE IV
FÉCONDITÉ ET ADOLESCENCE : LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

4.1 Introduction

Les données statistiques* sur les grossesses en général et sur les grossesses à l'adolescence en particulier ne sont pas faciles à retracer. Leur calcul et leur interprétation font l'objet de nombreux obstacles et biais. On peut distinguer deux grandes catégories de problèmes : celle liée à la provenance des données et celle liée à leur calcul.

4.1.1 Problèmes liés à la provenance des données

Les registres sur lesquels sont inscrits les données sur l'âge de la mère et la parité entre autres, sont parfois incomplets. Ainsi, dans le cas des naissances hors-mariage, l'âge de la mère était souvent inconnu, du moins jusque dans les années soixante dix ; ces naissances auraient impliqué plus particulièrement les adolescentes.

De plus, la compilation des données sur les interruptions de grossesse est difficile. Les avortements effectués hors du pays et les avortements effectués dans les CLSC ne font pas l'objet d'un recueil structuré. Les avortements spontanés sont sous-estimés parce qu'ils ne sont pas l'objet d'une attention médicale. Aussi, dû au contexte social et légal entourant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), il est possible de penser à une sous- déclaration de tels actes.

Enfin, en 1975, des changements administratifs dans le système d'enregistrement des naissances ont donné lieu à une hausse des statistiques sur ce sujet.

4.1.2 Problèmes liés au calcul des données

Dans le calcul du taux d'adolescentes enceintes entre 12 et 19 ans, notre dénominateur n'est pas adéquat. Il ne tient pas compte du fait que la fertilité augmente de 12 à 16 ans ; certaines adolescentes de 13 ans ne sont pas fertiles donc ne sont pas à risque de grossesse. D'autres ne sont pas à risque de grossesse parce que le taux d'adolescentes actives sexuellement augmente de 12 à 19 ans. Donc, on ne compare pas les mêmes choses en donnant un taux de grossesse à 13 ans et un taux de grossesse à 19 ou à 24 ans. On

* Les données présentées proviennent de Rochon, M., étude à paraître sur la fécondité et les grossesses à l'adolescence, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

sous-estime donc les taux de grossesse chez les adolescentes fertiles et sexuellement actives. Dans cette étude, les taux présentés incluent les adolescentes à partir de 13 ans.

Aussi, en considérant le nombre absolu des grossesses à l'adolescence, il faut considérer qu'il y a une baisse continuelle du nombre d'adolescentes (12-19 ans) comme suit:

1975:	516 700
1980:	466 300
1985:	369 800

Enfin, il y a plusieurs façons de calculer les grossesses et des différences sensibles sont observées selon que le point de repère pour les calculs est le moment de la conception ou la fin de la grossesse, ou selon que l'on parle de grossesses en général ou d'une première grossesse.

4.2 Les différentes formes de calcul des données

Malgré les obstacles, il est possible d'obtenir une image de la situation actuelle. Pour les fins de ce document, les chiffres seront présentés parfois sous des formes variées.

Les tranches d'âge les plus souvent considérées seront:

- les 12-19 ans, c'est-à-dire moins de vingt ans;
- les 13-19 ans;
- les 15-19 ans;
- les moins de 18 ans (12-13 à 18 ans);
- les 18-19 ans.

Aussi, la majorité des données sont calculées jusqu'à l'année 1985, sauf parfois pour les naissances où nous avons des chiffres pour 1986.

On distingue deux grandes façons de calculer les grossesses:

- D'abord, pour une année civile donnée, et pour un âge ou un groupe d'âge, on peut calculer le nombre absolu ou le taux annuel de grossesse c'est-à-dire le nombre de grossesses pour 1000 adolescentes.
- En second lieu, on peut calculer le nombre absolu, les taux annuels ou les taux annuels cumulés de grossesse, issus d'une génération d'adolescentes. Ainsi, pour toutes les adolescentes nées en 1965 et ayant, en 1985, complété leur 19ième année, on peut obtenir le nombre de grossesse et le taux cumulé de grossesse qu'elles ont eu durant toute leur adolescence ou même avant leur 16ième ou 18ième année.

Dans ces deux façons de calculer les grossesses, deux autres éléments pourront être considérés:

- D'abord, on pourra faire les calculs en ne considérant que les premières grossesses, c'est-à-dire, non plus un nombre absolu ou un taux de grossesse, mais le nombre ou le taux d'adolescentes ayant eu au moins une grossesse, pour 1000 adolescentes de l'âge considéré.
- En second lieu, on pourra calculer les grossesses en prenant comme repère le moment de la conception ou la fin de la grossesse. La première façon de calculer est une estimation, la seconde s'appuie sur un repère plus précis. Toutefois, en se référant à la fin de la grossesse, on sous-estime les grossesses à chaque âge de l'adolescence, et pour toutes les adolescentes de 12-19 ans. Nous utiliserons le plus souvent la fin de la grossesse comme point de repère dans les calculs, mais nous indiquerons parfois, pour illustrer la différence, les données calculées à partir du moment de la conception. Surtout chez les plus jeunes adolescentes, ce dernier point de repère est plus près de la réalité.

4.3 Grossesses à l'adolescence

Le nombre total de grossesses ou le taux de grossesse ou de fécondité provient de la compilation des données suivantes:

- les avortements thérapeutiques pratiqués dans les hôpitaux ou cliniques par la méthode d'aspiration ou de curetage, en excluant les avortements pour des grossesses plus avancées (source: R.A.M.Q.);
- les grossesses interrompues. Ce sont des avortements pratiqués pour des grossesses plus avancées par la méthode des prostaglandines ou de la solution saline. Ce terme bien qu'il puisse porter à confusion est celui utilisé dans les compilations statistiques officielles (source: R.A.M.Q.);
- les avortements pratiqués en CLSC (enquête auprès des CLSC);
- les avortements incomplets c'est-à-dire spontanés (source: R.A.M.Q.);
- les naissances. Ceci réfère à la fécondité ou aux taux de fécondité (registre de la population-MSSS);
- les mortinaissances (registre de la population-MSSS).

4.3.1 Nombre absolu et taux annuel de grossesse 1980-1985

En prenant comme point de référence *la fin de la grossesse*, en 1985, on comptait 7711 grossesses chez les adolescentes de moins de 20 ans qu'on peut répartir comme suit selon les âges:

12 ans:	6
13-15 ans:	643
16-17 ans:	2094
18-19 ans:	4968
12-19 ans:	7711

Les 7705 grossesses chez les 13-19 ans, en 1985, représentent 23 grossesses par 1000 adolescentes âgées de 13 à 19 ans en cette année. Les 2737 grossesses chez les 13-17 ans, en 1985, représentent 12 grossesses par 1000 adolescentes âgées de 13 à 17 ans en cette année.

Les adolescentes âgées de 17 ans et moins en 1985, constituent 35.5 % du total des grossesses à l'adolescence (12-19 ans).

Le tableau 1 nous indique les nombres absolus et les taux annuels de grossesse de 1980 à 1985, par âge et par groupe d'âge, en se référant à la fin de la grossesse. Il faut noter qu'à partir de 1982, on y inclut une estimation des avortements en CLSC, et qu'en 1985, sont inclus les chiffres réels des avortements en CLSC.

On constate qu'en 1980, on comptait 8983 grossesses chez les 13-19 ans. Il y a donc diminution du nombre de grossesses en chiffre absolu de 1980 à 1985. Cette diminution est très lente depuis 1983 et ce jusqu'en 1985.

Mais c'est en examinant les taux annuels de grossesse que l'on peut mieux voir l'évolution de 1980 à 1985. En 1980, chez les moins de 20 ans, le taux de grossesse était de 21.4/1000, et en 1985, il était de 23.4/1000 adolescentes. L'augmentation des taux annuels de grossesse est plus prononcée de 1983 à 1985. Même s'il y a augmentation à tous les âges, elle est plus prononcée chez les moins de 17 ans par rapport aux 17-19 ans. Ainsi, à 15 ans, de 1983 à 1985, l'augmentation du taux annuel de grossesse est de 27% alors qu'elle n'est que de 7 % à 19 ans.

TABLEAU 1

Nombre et taux de grossesse selon l'âge et l'année, à la fin de la grossesse Québec, 1980-1985

	ÂGE										
Année	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**<15**	**<18**	**15/19**	**<20**
Nombre de grossesses											
1980	24	147	423	874	1566	2425	3519	176	3039	8807	8983
1981	25	117	359	806	1392	2418	3246	144	2701	8221	8365
1982	33	136	425	835	1416	2324	3469	173	2848	8468	8641
1983	33	153	374	770	1289	2216	3061	189	2622	7710	7899
1984	25	174	427	793	1301	2176	2970	199	2720	7667	7866
1985	35	158	450	804	1290	2080	2888	198	2743	7513	7711
Taux de grossesse pour 1000 adolescentes											
1980	0.5	2.7	7.0	14.1	24.6	38.9	54.1	1.6	10.4	28.1	21.4
1981	0.5	2.3	6.6	13.3	22.5	37.9	51.9	1.4	9.8	27.1	20.8
1982	0.7	2.8	8.5	15.3	23.4	37.6	54.5	1.8	11.0	29.1	22.5
1983	0.7	3.4	7.8	15.4	23.7	36.7	49.7	2.0	10.8	28.1	21.6
1984	0.6	3.8	9.4	16.7	26.1	40.1	49.4	2.2	11.7	29.8	22.6
1985	0.8	3.5	9.9	17.8	27.3	41.9	53.4	2.2	12.2	31.1	23.4

Calcul de Madeleine Rochon, Service des études socio-sanitaires, M.S.S.S.

4.3.2 Nombre absolu et taux annuel de première grossesse 1980-1985

Le tableau 2 nous indique les nombres absolus et les taux annuels de première grossesse de 1980 à 1985, par âge et par groupe d'âge en se référant à la fin de la grossesse. Nous obtenons ainsi une bonne approximation du taux d'adolescentes qui, avant leur 20e année, ont eu au moins une grossesse.

De 1980 à 1985, et plus particulièrement depuis 1983, on note une augmentation des taux annuels de première grossesse à tous les âges, donc par conséquent, des taux annuels d'adolescentes qui auront expérimenté au moins une grossesse durant leur adolescence (<20 ans). Chez les moins de 20 ans, de 1980 à 1985, ce taux passe de 17.9/1000 à 19.3/1000. Encore ici, l'augmentation des taux est plus prononcée chez les moins de 17 ans. Ainsi, à 15 ans, de 1983 à 1985, l'augmentation est de 26 % par rapport à 6 % à 19 ans.

TABLEAU 2

Nombre et taux de première grossesse selon l'âge et l'année, à la fin de la grossesse Québec, 1980-1985

	ÂGE										
Année	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**<15**	**<18**	**15/19**	**<20**
Nombre de première grossesse											
1980	24	147	402	811	1403	2024	2680	176	2793	7321	7497
1981	25	116	348	755	1236	2029	2471	143	2482	6838	6981
1982	33	133	408	773	1254	1913	2649	170	2606	6997	7167
1983	32	151	354	715	1132	1825	2332	186	2387	6358	6543
1984	25	171	409	729	1138	1794	2251	196	2472	6322	6517
1985	35	153	427	728	1132	1700	2174	193	2479	6161	6354
Taux de première grossesse pour 1000 adolescentes											
1980	0.5	2.7	6.6	13.1	22.0	32.4	41.2	1.6	12.3	23.4	17.9
1981	0.5	2.3	6.3	12.4	20.0	31.8	39.5	1.4	12.4	22.5	17.4
1982	0.7	2.8	8.1	14.1	20.7	31.0	41.6	1.8	12.8	24.1	18.6
1983	0.7	3.3	7.4	14.3	20.8	30.2	37.9	2.0	13.2	23.2	17.9
1984	0.6	3.8	9.0	15.4	22.8	33.0	37.5	2.2	13.9	24.6	18.8
1985	0.8	3.4	9.4	16.1	24.0	34.2	40.2	2.2	14.0	25.5	19.3

Calcul de Madeleine Rochon, Service des études socio-sanitaires, M.S.S.S.

À titre indicatif, si l'on prenait comme repère dans les calculs, le moment de la conception plutôt que la fin de la grossesse, on obtiendrait, pour les moins de 20 ans, un taux de première grossesse de 22.1/1000 en 1980 et de 23.4/1000 en 1985. Ces taux correspondent à 9265 premières grossesses en 1980 et 7697 premières grossesses en 1985, chez les moins de 20 ans.

4.3.3 Grossesses selon les générations d'adolescentes (1963-1970)

Le tableau 3 présente pour les générations d'adolescentes nées de 1963-64 à 1969-70, non plus les taux annuels, mais les taux cumulés de grossesses selon les âges. C'est donc le nombre de grossesses par 1000 adolescentes avant d'atteindre 13, 14... jusqu'à 20 ans. Ce tableau présente aussi les taux cumulés de première grossesse pour ces générations. Ce dernier taux s'apparente à la probabilité, pour une génération donnée d'adolescentes, de devenir enceinte avant l'âge de 13, 14... jusqu'à 20 ans.

On remarque que pour la génération 1965-66, avant que ces adolescentes atteignent 20 ans en 1985, il y a eu 142 grossesses pour 1000 adolescentes, et c'est 117.5 adolescentes/1000 de cette génération qui sont devenues enceintes au moins une fois. La probalité de devenir enceinte pour cette génération fut donc de 11.7 %. En considérant cette génération d'adolescentes (1965-66) mais avant qu'elle atteigne 18 ans, on note qu'il y a eu 48.6 grossesses par 1000 adolescentes, et ce sont 44.3 adolescentes par 1000 qui sont devenues enceintes au moins une fois (4.4 % des adolescentes). Ce sont donc surtout les adolescentes de 18-19 ans qui auront une deuxième ou troisième grossesse.

TABLEAU 3
Taux cumulés de première grossesse et taux cumulés de premières grossesses (entre parenthèse), avant l'âge de 20 ans, par génération.
Québec, générations 1963-64 à 1969-70

	ÂGE							
Génération	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**
	Taux cumulés pour 1000							
1963-1964	0.0 (0.0)	0.4 (0.4)	2.5 (2.5)	8.7 (8.5)	22.8 (21.6)	45.3 (41.6)	82.9 (72.6)	132.6 (110.5)
1964-1965	0.0 (0.0)	0.4 (0.4)	2.6 (2.5)	9.6 (9.1)	22.9 (21.5)	46.3 (42.2)	83.0 (72.4)	132.4 (109.9)
1965-1966	0.0 (0.0)	0.4 (0.4)	3.1 (3.1)	9.6 (9.4)	24.9 (23.5)	48.6 (44.3)	88.6 (77.3)	142.0 (117.5)
1966-1967	0.0 (0.0)	0.5 (0.5)	2.8 (2.8)	11.3 (10.9)	26.7 (25.2)	52.8 (48.0)	94.7 (82.2)	
1967-1968	0.1 (0.1)	0.6 (0.6)	3.4 (3.4)	11.2 (10.8)	28.0 (26.2)	55.4 (50.2)		
1968-1969	0.0 (0.0)	0.7 (0.7)	4.1 (4.0)	13.6 (13.0)	31.4 (29.1)			
1969-1970	0.1 (0.1)	0.8 (0.8)	4.7 (4.6)	14.6 (14.0)				

Calcul de Madeleine Rochon, Service des études socio-sanitaires, M.S.S.S.

En comparant les générations d'adolescentes de 1963-64 jusqu'à celles de 1969-70, même si ces dernières, en 1985, n'avaient que 15 ans, on peut voir qu'il y a une augmentation des taux cumulés de grossesses et des taux cumulés d'adolescentes qui auront une première grossesse. Ainsi, avant l'âge de 16 ans, 8.5/1000 adolescentes de la génération 1963-64 avait eu une première grossesse, tandis que c'est 14/1000 adolescentes de la génération 1969-70 qui ont eu une première grossesse avant d'atteindre 16 ans. On observe donc une augmentation sensible des taux de grossesse chez les très jeunes adolescentes d'aujourd'hui comparativement à celles des générations antérieures. A titre indicatif, si l'on considère l'âge au moment de la conception, c'est 13.3/1000 et 18.6/1000 adolescentes des générations 1963-64 et 1969-70 qui sont devenues enceintes avant d'avoir atteint l'âge de 16 ans.

En résumé: grossesses à l'adolescence
- Il y a eu, en 1985, 7711 grossesses chez les moins de 20 ans.
- Les taux annuels de ces grossesses sont passés de 21.4/1000 en 1980 à 23.4/1000 en 1985.
- L'augmentation du taux annuel de grossesses de 1980 à 1985 est plus prononcée chez les moins de 17 ans que chez les 17-19 ans.
- 11.7 % (plus d'une sur huit) des adolescentes nées en 1965-66 ont accouché ou terminé une grossesse avant l'âge de 20 ans et 4.4 % ont été dans la même situation avant l'âge de 18 ans.
- Avant d'atteindre 16 ans, c'est 9 % des adolescentes de la génération née en 1963-64 qui ont accouché ou terminé une grossesse alors que, pour la génération de 1969-70, c'est 14 % qui ont accouché ou terminé une grossesse avant d'atteindre 16 ans.

4.4 Issues des grossesses à l'adolescence

Globalement, en 1985, chez les moins de 20 ans, l'issue des grossesses calculées à la fin de la grossesse se distribuait ainsi:

Naissances vivantes	46 %
Avortements spontanés et mortinaissances	8 %
Avortements provoqués	46 %

Cette répartition varie selon l'âge. Les pourcentages indiqués ci-dessous représentent la proportion des naissances sur l'ensemble des grossesses selon l'âge:

56 %: 19 ans
48 %: 18 ans
38 %: 17 ans
33 %: 16 ans
24 %: 15 ans
15 %: 12-14 ans

Le tableau 4 montre que de 1980 à 1985, il y a moins de grossesses, chez les moins de 20 ans, qui sont poursuivies jusqu'à terme et plus de grossesses qui sont interrompues, et ce à tous les âges de 13 à 19 ans. Si en 1980, 56 % des adolescentes enceintes âgées de moins de 20 ans choisissaient de poursuivre leur grossesse, elles étaient 46 % en 1985, une baisse de 18 %. La diminution de la proportion des naissances vivantes par rapport à l'augmentation de la proportion des avortements est plus marquée chez les plus jeunes (17 ans et moins). Ainsi, à 16 ans, on note 44 % de naissances vivantes en 1980 et 33 % en 1985, une baisse de 25 %.

TABLEAU 4

Issue des grossesses en % selon l'âge et l'année, à la fin de la grossesse
Québec, 1980-1985

	ÂGE										
Année	13	14	15	16	17	18	19	<15	<18	15/19	<20
Avortement provoqué											
1980	67	61	55	51	41	36	27	62	47	36	36
1981	76	69	63	54	46	34	28	69	52	37	37
1982	70	68	68	58	48	40	32	68	55	41	42
1983	63	75	61	55	51	40	30	73	55	41	41
1984	88	72	63	61	50	42	34	74	57	43	44
1985	83	73	67	59	53	44	35	75	59	45	46
Avortement spontané et mortinaissance											
1980	17	10	10	5	8	8	7	11	8	8	8
1981	4	5	5	6	7	9	8	6	6	8	8
1982	6	7	6	6	6	8	7	7	6	7	7
1983	6	7	9	8	9	9	8	7	9	8	8
1984	8	7	10	8	8	9	9	7	8	9	9
1985	11	10	8	8	8	8	9	10	8	8	8
Naissance vivante											
1980	17	29	35	44	52	56	65	27	46	57	56
1981	20	26	32	40	47	57	64	24	41	55	55
1982	24	24	26	37	46	52	61	25	39	52	51
1983	31	18	30	37	40	51	62	20	36	51	50
1984	4	21	27	30	42	49	57	19	35	48	47
1985	6	18	24	33	38	48	56	15	33	47	46

Calcul de Madeleine Rochon, Service des études socio-sanitaires, M.S.S.S.

4.5 Naissances vivantes

En 1985, on estime à 3527 le nombre de naissances chez les adolescentes âgées de moins de 20 ans. La répartition de ces naissances par tranches d'âge se lit ainsi :

12, 13, 14 ans:	30 naissances
15, 16, 17 ans:	867 naissances
18 et 19 ans:	2630 naissances

Les naissances chez les moins de 20 ans représentent 4.1 % de l'ensemble des naissances, et les naissances chez les moins de 18 ans, 1.0 % de celles-ci.

Toutefois, le taux de fécondité, le nombre de naissances pour 1000 femmes permet d'avoir un meilleur portrait de la situation et surtout de saisir l'évolution à travers les années. Encore ici, le taux de fécondité peut se calculer soit pour une année précise et pour un âge ou groupe d'âge précis, soit pour une génération d'adolescentes nées une année précise. Également, en prenant les premières grossesses uniquement, on peut calculer le taux d'adolescentes ayant donné naissance au moins une fois durant leur adolescence.

4.5.1 Taux annuel de fécondité

Le tableau 5 présente les taux annuels de fécondité chez les 12-19 ans, de 1965 à 1986, et les taux annuels de fécondité (première naissance), donc les taux d'adolescentes qui accouchent pour la première fois cette année-là.

On y voit que les taux de fécondité chez les 13-19 ans sont en nette régression de 1965 à 1985 passant de 19.1/1000 à 10.7/1000. Toutefois, cette baisse est beaucoup plus marquée chez les 18-19 ans (57 %) que chez les 13-17 ans (20 %). On note même une augmentation des taux de fécondité chez les 14-15 ans. Ce phénomène est identique lorsque l'on ne considère que les premières naissances.

4.5.2 Taux de fécondité par génération

Nous pouvons comparer les taux de fécondité cumulés par génération, de 1952-53 à 1971-72. Le tableau 6 présente ces taux.

Entre les générations 1952-53 et 1966-67, lorsqu'elles ont atteint la vingtaine, on peut observer une baisse des taux cumulés de fécondité de 102.5 naissances pour 1000 femmes à 70.7 naissances pour 1000 femmes. Pour ces deux générations, avant que les adolescentes aient atteint 18 ans, le taux cumulé de fécondité est passé de 25.4 naissances/1000 femmes à 19.6 naissances/1000 femmes. Pour ces deux générations, avant qu'elles aient atteint 17 ans, il n'y a pas de changement dans leurs taux cumulés de fécondité. Ce sont donc surtout les 17-18 et 19 ans qui ont connu une baisse de leur taux de fécondité.

En ne calculant que les premières naissances, on observe, au tableau 6, que de 1952-53 à 1966-67, il y a eu baisse du taux d'adolescentes de moins de 20 ans qui donnent naissance à au moins un enfant, de 91.7/1000 adolescentes à 61.8/1000, donc de 9.1 % a 6.1 % des adolescentes. Toutefois cette baisse ne se voit pas chez les 16 ans et moins; au contraire, il y a une légère tendance à la hausse du taux d'adolescentes donnant naissance à un premier enfant surtout à 14, 15 ans.

TABLEAU 5
Taux annuels de fécondité, selon l'âge et l'année, toutes naissances et première naissance.
Québec, 1965 - 1985

	ÂGE										
Année	12	13	14	15	16	17	18	19	13-17	18-19	13-19
	Taux de fécondité (par 1000)										
1965	0.0	0.0	0.4	1.6	5.6	17.6	42.9	73.9	4.9	58.1	19.1
1966	0.0	0.0	0.5	1.8	6.0	17.1	37.7	68.5	5.0	53.0	18.6
1967	0.0	0.1	0.5	1.6	6.2	15.8	36.3	65.0	4.7	50.5	17.3
1968	0.0	0.0	0.4	1.9	5.9	15.6	34.3	61.8	4.7	47.9	16.6
1969	0.0	0.0	0.5	2.2	6.4	16.8	34.8	57.5	5.0	46.0	16.3
1970	0.0	0.0	0.5	1.9	7.0	16.7	32.9	54.8	5.1	43.8	15.6
1971	0.0	0.0	0.4	2.1	6.8	16.4	32.7	51.5	5.0	42.0	14.9
1972	0.0	0.0	0.4	2.0	6.4	15.2	30.0	44.3	4.8	37.0	13.5
1973	0.0	0.1	0.4	1.9	6.3	15.3	28.8	44.4	4.7	36.4	13.5
1974	0.0	0.0	0.4	1.9	6.5	13.6	27.6	42.2	4.4	35.0	12.9
1975	0.0	0.1	0.5	2.6	8.4	16.7	29.1	45.6	5.7	37.1	14.5
1976	0.0	0.1	0.6	2.7	8.7	17.0	30.9	46.2	5.9	38.6	15.2
1977	0.0	0.1	0.5	2.5	7.3	14.9	26.7	43.1	5.2	34.9	13.8
1978	0.0	0.0	0.4	2.3	5.6	13.4	24.1	39.2	4.5	31.6	12.4
1979	0.0	0.1	0.7	2.4	6.5	12.8	23.7	38.2	4.7	30.9	12.6
1980	0.0	0.1	0.8	2.4	6.2	12.7	21.7	35.3	4.8	28.6	12.0
1981	0.0	0.1	0.6	2.1	5.3	10.5	21.6	33.5	4.1	27.5	11.4
1982	0.1	0.2	0.7	2.2	5.6	10.7	19.5	33.4	4.3	26.6	11.6
1983	0.0	0.2	0.6	2.3	5.7	9.4	18.8	30.6	3.9	24.8	10.9
1984	0.0	0.0	0.8	2.6	5.1	11.0	19.5	28.3	4.0	24.1	10.7
1985	0.0	0.0	0.6	2.4	5.8	10.4	20.2	30.0	4.0	25.3	10.7
	Taux de fécondité (première naissance) (par 1000)										
1965	0.0	0.0	0.4	1.6	5.2	15.8	35.3	56.9	4.5	45.9	15.5
1966	0.0	0.0	0.5	1.8	5.7	15.5	32.1	53.8	4.6	42.9	15.5
1967	0.0	0.1	0.5	1.6	5.8	14.5	31.2	52.3	4.4	41.6	14.6
1968	0.0	0.0	0.4	1.9	5.4	14.2	29.7	50.7	4.4	40.1	14.2
1969	0.0	0.0	0.5	2.1	6.2	15.7	31.0	48.1	4.8	39.5	14.3
1970	0.0	0.0	0.5	1.9	6.8	15.7	29.6	46.9	4.8	38.2	14.0
1971	0.0	0.0	0.4	2.1	6.7	15.4	29.6	43.2	4.8	36.3	13.2
1972	0.0	0.0	0.4	2.0	6.3	14.1	26.8	37.7	4.5	32.1	12.0
1973	0.0	0.1	0.4	1.8	6.0	14.4	26.3	38.3	4.4	32.2	12.1
1974	0.0	0.0	0.4	1.9	6.3	12.8	25.0	36.2	4.2	30.6	11.5
1975	0.0	0.1	0.5	2.6	8.0	15.8	26.5	39.8	5.4	33.0	13.1
1976	0.0	0.1	0.6	2.6	8.2	15.4	27.0	38.8	5.5	32.9	13.3
1977	0.0	0.1	0.5	2.5	7.0	14.0	23.7	36.0	4.9	29.8	12.1
1978	0.0	0.0	0.4	2.2	5.3	12.2	21.1	32.8	4.1	26.9	10.8
1979	0.0	0.1	0.7	2.4	6.3	11.8	21.1	31.6	4.4	26.4	11.0
1980	0.0	0.1	0.8	2.3	5.9	11.9	19.3	29.7	4.5	24.6	10.6
1981	0.0	0.1	0.6	2.0	5.1	9.7	19.2	28.0	3.8	23.6	10.0
1982	0.1	0.2	0.7	2.2	5.3	9.8	17.7	28.4	4.0	23.1	10.2
1983	0.0	0.2	0.6	2.2	5.4	8.6	16.5	26.2	3.6	21.4	9.6
1984	0.0	0.0	0.8	2.5	4.8	10.0	17.4	23.7	3.7	20.7	9.3
1985	0.0	0.0	0.6	2.3	5.5	9.5	17.6	25.3	3.7	21.6	9.4

Calcul de Madeleine Rochon, Service des études socio-sanitaires, M.S.S.S.

TABLEAU 6
Taux de fécondité cumulés, toutes naissances et première naissance, avant l'âge de 20 ans par génération.
Québec, 1952 - 53 à 1971-72

	ÂGE							
Année	12	13	14	15	16	17	18	19
	Taux de fécondité cumulés par génération (par 1000)							
Génération								
1952-53	0.0	0.0	0.5	2.4	8.8	25.4	58.2	102.5
1953-54	0.0	0.1	0.5	2.7	9.7	26.1	56.1	100.6
1954-55	0.0	0.0	0.5	2.4	9.2	24.5	53.2	95.4
1955-56	0.0	0.0	0.5	2.7	9.1	24.4	52.0	97.6
1956-57	0.0	0.0	0.4	2.4	8.7	22.2	51.3	97.5
1957-58	0.0	0.0	0.5	2.3	8.8	25.5	56.4	99.6
1958-59	0.0	0.0	0.4	2.3	10.7	27.7	54.4	93.6
1959-60	0.0	0.1	0.5	3.0	11.7	26.6	50.7	88.8
1960-61	0.0	0.1	0.6	3.3	10.6	24.0	47.7	83.0
1961-62	0.0	0.1	0.7	3.2	8.8	21.6	43.3	76.8
1962-63	0.0	0.1	0.5	2.8	9.3	22.0	43.6	77.0
1963-64	0.0	0.1	0.5	2.9	9.1	19.6	39.2	69.8
1964-65	0.0	0.0	0.7	3.2	8.4	19.2	38.0	66.3
1965-66	0.0	0.1	0.9	3.0	8.6	18.0	37.5	67.6
1966-67	0.0	0.1	0.7	2.9	8.6	19.6	39.9	70.7
1967-68	0.0	0.1	0.8	3.1	8.2	18.6	40.6	
1968-69	0.0	0.2	0.8	3.3	9.2	20.9		
1969-70	0.1	0.3	1.1	3.5	9.9			
1970-71	0.0	0.0	0.6	2.8				
1971-72	0.0	0.0	0.6					
	Taux de fécondité cumulés (première naissance) par génération (par 1000)							
Génération								
1952-53	0.0	0.0	0.5	2.4	8.6	24.3	53.9	91.7
1953-54	0.0	0.1	0.5	2.6	9.4	24.8	51.6	89.9
1954-55	0.0	0.0	0.5	2.4	9.0	23.1	49.4	85.6
1955-56	0.0	0.0	0.5	2.7	8.9	23.4	48.3	88.1
1956-57	0.0	0.0	0.4	2.4	8.4	21.1	47.7	86.5
1957-58	0.0	0.0	0.5	2.3	8.6	24.4	51.3	87.3
1958-59	0.0	0.0	0.4	2.3	10.2	25.7	49.4	82.2
1959-60	0.0	0.1	0.5	3.0	11.2	25.2	46.3	77.9
1960-61	0.0	0.1	0.6	3.2	10.2	22.4	43.6	73.2
1961-62	0.0	0.1	0.7	3.2	8.5	20.3	39.6	67.6
1962-63	0.0	0.1	0.5	2.8	9.0	20.9	40.1	68.5
1963-64	0.0	0.1	0.5	2.9	8.8	18.5	36.2	62.3
1964-65	0.0	0.0	0.7	3.0	8.2	18.0	34.5	58.2
1965-66	0.0	0.1	0.9	2.9	8.1	16.8	34.2	59.5
1966-67	0.0	0.1	0.7	2.8	8.3	18.2	35.9	61.8
1967-68	0.0	0.1	0.8	3.0	7.8	17.2	36.9	
1968-69	0.0	0.2	0.8	3.2	8.7	19.4		
1969-70	0.1	0.3	1.1	3.4	9.4			
1970-71	0.0	0.0	0.6	2.7				
1971-72	0.0	0.0	0.6					

Calcul de Madeleine Rochon, Service des études socio-sanitaires, M.S.S.S.

4.5.3 Évolution historique des taux de fécondité et de nuptialité

De 1851 à 1985, le taux annuel de fécondité pour les 15-19 ans est passé de 52 à 15 naissances pour 1000 adolescentes (baisse de 79 %). Par contre, la contribution des 15-19 ans au taux annuel de fécondité de l'ensemble des femmes augmente alors de 3.8 à 5.1 %. Malgré la baisse des taux annuels de fécondité qui est presque semblable pour les adolescentes comme pour l'ensemble des femmes (79 % vs 71 %), on note au cours des ans (1851-1985) des fluctuations importantes chez les adolescentes et ceci en rapport avec le taux de nuptialité (mariages).

De 1851 à 1957, la hausse ou la baisse des taux de nuptialité chez les moins de 20 ans entraînent une hausse ou une baisse concommittante du taux de fécondité. Ainsi de 1851 à 1891 il y a une baisse de près de 50 % du taux de nuptialité (10 % à 5 % des 15-19 ans) et une baisse identique du taux de fécondité. L'inverse s'est produit de 1936 à 1957.

L'année 1957 marque la fin des mouvements parallèles entre la fécondité et la nuptialité avant l'âge de 20 ans. Le taux de nuptialité chute de 77 % de 1957 à 1985 passant de 42 à 9.8 mariages pour 1000 adolescentes de 15-19 ans. Le taux de fécondité passe de 36 à 15 pour 1000 adolescentes de 15-19 ans soit une diminution de 58 %.

4.5.4 Fécondité et nuptialité

Dans le passé, une forte proportion des mères de 15-19 ans était mariée à la naissance de l'enfant, soit 77 % en 1926 et 80 % en 1956. Toutefois, dans les autres groupes d'âge (20 ans et plus), plus de 97 % des mères étaient mariées à la naissance d'un enfant. A partir de 1957, ce pourcentage chute considérablement. De 80 % en 1956, il chute à 74 % en 1965 pour ensuite évoluer ainsi selon les âges:

	ÂGE						
Année	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**Total**
1965	25	30	40	59	74	82	74 %
1970	6	17	28	46	57	71	59 %
1980	9	8	15	21	34	51	37 %
1985	4	9	12	11	18	26	19.9 %

Ces dernières années, le taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans qui sont mariées est très élevé (au-dessus de 200 naissances/1000 femmes).

Pour l'ensemble des femmes de tous âges devenues mères, le pourcentage de femmes mariées chute aussi de 96 % à 75 %, de 1956 à 1985.

Un certain nombre de ces mariages sont connus pour avoir été précipités par la conception d'un enfant, chez les 15-19 ans. En 1963, on évaluait à 22 % des mariages ceux qui découlaient d'une conception hors-mariage. Mais le pourcentage de ces mariages « forcés » est en baisse depuis 1963 et se situait à moins de 11 % des mariages chez les 15-19 ans en 1984.

4.5.5 Unions de fait et déclaration du père

Même si les mariages sont peu fréquents chez les adolescentes de 15-19 ans et chez celles qui donnent naissance, il se peut que plusieurs mères adolescentes cohabitent avec le père dans le cadre d'une union libre, une union de fait. Ainsi, la majorité des unions chez les femmes âgées de 15 à 19 ans étaient des unions de fait, la nuptialité pour ce groupe d'âge demeurant marginale.

Toutefois, on peut retrouver le nom du père sur les formules de déclarations de naissance, ce qui n'indique en rien le type d'union. En 1977, on retrouvait le nom du père sur 72 % des formules d'enfants nés de mères adolescentes mais sur 47 % seulement de celles qui n'étaient pas mariées. En 1985, 71 % de l'ensemble des formules comportent toujours le nom du père mais, alors que le pourcentage de mères non mariées a fortement augmenté passant de 52 % à 80 %, on retrouve le nom du père sur 64 % des formules des mères adolescentes non mariées. Selon les âges on retrouvera les pourcentages suivants quant à la présence du nom du père sur les formules, en 1983-84-85 (moyenne des trois années):

	ÂGE							
Année	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**Total**
Mères non mariées	9	35	39	51	58	63	70	64 %
Total des mères	23	39	43	57	63	71	79	71 %

Des pères identifiés, plus de 80 % ont plus de 20 ans, que la mère adolescente soit mariée ou non.

4.5.6 Scolarité des mères adolescentes

Ayant donné naissance à un enfant, une fraction d'adolescentes de plus en plus importante, à mesure qu'elles avancent en âge, ont pris du retard dans le cheminement scolaire. Dans 42 % des cas, les mères de 19 ans n'ont pas terminé leur secondaire. En 1981, l'ensemble des 15-19 ans qui ont donné naissance à un enfant semblait présenter un pourcentage plus élevé de retard scolaire que la population générale des 15-19 ans avec respectivement 31 % et 48 % des adolescentes qui ont complété une dixième année.

En résumé: Issues des grossesses à l'adolescence

- En 1985, l'IVG et les naissances vivantes représentent une part égale des issues de grossesses.
- Depuis 1980, l'IVG est davantage choisie comme issue et ce, surtout chez les plus jeunes (moins de 17 ans).
- Les taux de fécondité c'est-à-dire le nombre de naissance pour 1000 femmes sont en diminution chez les 13-19 ans jusqu'en 1984.
- Il y a une hausse du taux d'adolescentes donnant naissance à un premier enfant surtout à 14, 15 ans.
- Il y a de moins en moins de mariage chez les 15-19 ans.
- La maternité est de moins en moins associée à la nuptialité.
- Le père de l'enfant d'une mère adolescente (non mariée) est davantage identifié sur les avis de naissance en 1985 (64 %) qu'en 1977 (47 %), alors que pour l'ensemble des mères adolescentes, le pourcentage demeure le même (70 %).
- Près de 75 % des pères identifiés sur les avis de naissance ont plus de 20 ans.

4.6 Les interruptions de grossesses

Nous avons mentionné la difficulté de retracer les données sur les interruptions de grossesse. Nos données ne peuvent qu'être sous-estimées. Toutefois nous avons la possibilité d'évaluer les données disponibles. Il est bon de rappeler que les données des CLSC ne sont disponibles qu'en 1985 et par tranches d'âge spécifiques. En 1985, les avortements en CLSC représentaient 13 % du total des avortements provoqués chez les moins de 20 ans. On sait que progressivement depuis 1980 et surtout depuis 1982, tant le nombre de CLSC offrant le service d'IVG que le nombre d'avortements qui y sont pratiqués ont augmenté.

C'est avec ces biais en mémoire qu'il faut interpréter le tableau 7. Il présente le nombre et les formes d'interruption de grossesse selon les âges, en chiffre absolu. Il faut penser en lisant ce tableau, que de 1980 à 1985, il y a eu baisse de 21 % du nombre des adolescentes au Québec. Les données sont calculées au moment de l'événement (fin de grossesse).

On note tout de même que de 1980 à 1985, il y a une augmentation du nombre des avortements provoqués, c'est-à-dire le total des avortements thérapeutiques, de ceux pratiqués en CLSC et des grossesses interrompues. Ce total passe de 3264 à 3530 chez les moins de 20 ans, une augmentation de 8 %, alors que le nombre d'adolescentes baisse de 21 % à cette époque. Mais cette augmentation du nombre absolu des IVG est plus marquée chez les plus jeunes : chez les moins de 15 ans elle est de 37 %, chez les 15-17 ans, elle est de 12 % alors qu'elle est de 4 % chez les 18-19 ans.

TABLEAU 7
Interruptions de grossesses en nombre absolu, selon l'âge et l'année, à la fin de la grossesse.
Québec, 1980-1985

	ÂGE												
Année	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**<15**	**15-17**	**18-19**	**<20**
Avortements thérapeutiques (RAMQ, codes 6905, 6908 et 6909)													
1980	1	2	14	78	224	414	612	852	933	95	1250	1785	3130
1981	0	0	17	76	212	415	626	794	870	93	1253	1664	3010
1982	0	1	19	78	242	424	604	868	1032	98	1270	1900	3268
1983	0	2	17	86	185	342	534	791	832	105	1061	1623	2789
1984	0	0	16	96	215	383	517	809	885	112	1115	1694	2921
1985	0	3	20	79	234	360	528	790	871	102	1122	1661	2885
Avortements en CLSC													
1985										32	260	167	459
Grossesses interrompues (RAMQ, codes 6936)													
1980	0	0	2	12	9	28	24	30	29	14	61	59	134
1981	0	0	2	5	14	21	21	31	31	7	56	62	125
1982	0	0	2	5	17	25	27	41	31	7	79	72	158
1983	0	0	0	11	13	25	32	42	38	11	70	80	161
1984	0	0	2	8	14	29	31	47	42	10	74	89	173
1985	0	1	3	11	15	30	39	49	38	15	84	87	186
Avortements incomplets (RAMQ, codes 6900 et 6906)													
1980	0	2	4	14	41	46	118	178	244	20	205	422	647
1981	1	1	1	5	17	48	88	204	240	8	153	444	605
1982	0	0	2	10	22	46	82	161	238	12	150	399	561
1983	1	0	1	11	31	57	113	184	230	13	201	414	628
1984	0	0	2	11	39	67	102	185	254	13	208	439	660
1985	0	0	4	14	35	63	104	147	256	18	202	403	623
Naissances (fichier des naissances, MSSS et BSQ)													
1980	0	0	4	43	146	384	807	1353	2298	47	1337	3651	5035
1981	0	0	5	30	115	321	649	1378	2092	35	1085	3470	4590
1982	0	3	8	33	111	307	650	1208	2124	44	1068	3332	4444
1983	0	0	10	27	111	286	513	1137	1886	37	910	3023	3970
1984	0	0	1	36	116	240	549	1061	1699	37	905	2760	3702
1985	0	0	2	28	110	264	493	1005	1625	30	867	2630	3527
Mortinaissances (fichier des mortinaissances, BSQ)													
1980	0	0	0	0	3	2	5	12	15	0	10	27	37
1981	0	0	0	1	1	1	8	11	13	1	10	24	35
1982	0	0	0	0	4	0	7	17	10	0	11	27	38
1983	0	0	1	0	2	2	6	5	15	1	10	20	31
1984	0	0	0	1	2	0	2	8	18	1	4	26	31
1985	0	0	0	1	2	4	4	10	10	1	10	20	31

Données de base utilisées dans les calculs de Madeleine Rochon, Service des études socio-sanitaires, M.S.S.S.

Il faut observer dans ce tableau l'augmentation des grossesses interrompues, c'est-à-dire des avortements pour des grossesses plus avancées et qui sont pratiqués par injection de prostaglandines ou de solution saline. Chez les 15-19 ans, on observe une augmentation de plus de 35 %, de 1980 à 1985, de ces formes d'avortements tardifs.

Le tableau 8 présente les taux d'avortements provoqués pour 1000 adolescentes de 1980 à 1985. C'est en examinant ce tableau que l'on peut voir

l'augmentation non seulement du nombre absolu des avortements provoqués mais également de leur taux pour 1000 adolescentes.

De 1980 à 1985, le taux annuel d'avortements chez les moins de 20 ans passe de 7.8/1000 à 10.7/1000 adolescentes, une augmentation de 37 %. Encore ici, l'augmentation chez les plus jeunes est plus prononcée : chez les moins de 15 ans, cette augmentation est de 213 % ; chez les 16 ans, elle est de 46 %, et chez les 18 ans, elle est de 31 %.

Nous avons mentionné les avortements pratiqués pour des grossesses plus avancées, soit les grossesses interrompues, leur nombre a augmenté entre 1980 et 1985, mais également leur taux est passé de .32/1000 à .56/1000 adolescentes.

TABLEAU 8
Taux D'IVG, selon l'âge et l'année, à la fin de la grossesse, pour 1000 adolescentes. Québec, 1980 à 1985

	ÂGE										
Année	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**<15**	**<18**	**15/19**	**<20**
1980	0.3	1.6	3.9	7.2	10.0	14.1	14.8	1.1	4.9	10.1	7.8
1981	0.4	1.6	4.1	7.2	10.5	12.9	14.4	1.1	5.1	10.0	7.8
1982	0.5	1.9	5.7	8.8	11.2	15.2	17.2	1.3	6.0	12.0	9.4
1983	0.4	2.5	4.8	8.5	12.1	14.7	15.1	1.5	6.0	11.4	8.9
1984	0.5	2.8	6.0	10.2	13.0	17.0	16.6	1.7	6.7	12.9	10.0
1985	0.7	2.6	6.7	10.5	14.6	18.5	18.4	1.7	7.2	14.0	10.7

Calcul de Madeleine Rochon, Service des études socio-sanitaires, M.S.S.S.

En résumé : l'IVG
- De 1980 à 1985, il y a une augmentation du taux d'IVG (37 %) surtout chez les plus jeunes (90 % chez les moins de 18 ans).
- Il y a une nette augmentation des avortements tardifs, le taux ayant augmenté de 76 % de 1980 à 1985.

4.7 L'adoption

Les données sur l'adoption existent pour les enfants nés entre 1965 et 1973. Le tableau 9 présente le pourcentage d'enfants adoptés nés de mères de moins de 20 ans. En 1965, 42.1 % des enfants nés de mères adolescentes non mariées ont été adoptés. Ce pourcentage augmente jusqu'en 1969 à 49.3 %, pour ensuite chuter très rapidement à 24.0 % en 1973. Ainsi, à 15 ans, en 1969, 85 % des enfants nés de mères adolescentes non mariées ont été adoptés, alors que ce pourcentage était de 53 % à 17 ans et respectivement de 38 et 26 % à 18 et 19 ans. Le pourcentage d'adoption était d'autant plus élevé que la mère adolescente était jeune et célibataire.

Nous n'avons pas de données aussi précises pour les années plus récentes, mais si en 1973, 10 % du total des adolescentes donnant naissance à un enfant le confiaient à l'adoption, ce pourcentage, en 1985, doit sûrement être en dessous de 5 %.

TABLEAU 9
Pourcentage d'enfants adoptés, mères biologiques de moins de 20 ans, tout état matrimonial et non mariées. Québec, enfants nés de 1965 à 1973

Année de la naissance de l'enfant	Mères de tout état matrimonial	Mères non mariées
	%	%
1965	11.6	42.1
1966	12.8	43.9
1967	14.4	45.3
1968	16.8	47.1
1969	19.0	49.3
1970	18.6	43.9
1971	15.6	36.4
1972	12.2	29.2
1973	9.9	24.0

Calcul de Madeleine Rochon, Service des études socio-sanitaires, M.S.S.S.

4.8 Comparaisons

Nous allons maintenant tenter d'établir certaines comparaisons entre les données chez les adolescentes et celles chez les adultes et entre les données québécoises, canadiennes et d'autres pays. Aux fins de ces comparaisons, nous allons utiliser des chiffres qui ont pu être calculés de manières différentes de celles présentées jusqu'ici. Les chiffres présentés jusqu'ici ont fait l'objet d'une étude spéciale et nous avons considéré toutes les difficultés inhérentes à leur provenance et à leur calcul.

Ceci n'est pas nécessairement le cas des études nationales ou internationales. Il ne faut donc pas s'attendre à retrouver dans les données qui suivent les mêmes taux que cités auparavant. Toutefois, comme les études internationales s'appuient sur des données qui leur semblent comparables, il y a lieu d'accepter les points de comparaison qu'elles nous offrent. Il faut savoir que les données internationales excluent les avortements spontanés.

4.8.1 Comparaison avec les adultes québécoises

En excluant les IVG pratiqués dans les CLSC, le taux de grossesse chez les 15-19 ans était, en 1980, de 28.1/1000 adolescentes et passait, en 1985, à 29.3/1000, une augmentation de 4 %. De 1980 à 1985 chez les 12-14 ans, on observe une augmentation de 12 % du taux de grossesse. Si nous comparons pour cette même période les taux de grossesse des femmes de 20 à 24 ans, on note une baisse de 15 %, les taux passant de 115.9/1000 en 1980 à 98.6/1000 en 1985.

Au niveau du taux de fécondité (naissances vivantes pour 1000 femmes), la baisse de 1980 à 1985 est de 9 % chez les 15-19 ans et 21 % chez les 20-24 ans.

4.8.2 Comparaison avec le Canada

En 1981, le taux de fécondité et d'avortement chez les 15-19 ans se présentait comme suit:

	Canada	Québec
Taux de fécondité	26.4/1000	15.1/1000
Taux d'avortement	15.6/1000	9.6/1000
	42/1000	**24.7/1000**

Donc, en 1981, le taux de grossesse chez les 15-19 ans au Canada est plus élevé que celui du Québec.

Toutefois, de 1980 à 1983, le taux de grossesse chez les 15-19 ans diminue au Canada alors qu'il augmente au Québec. La diminution du taux au Canada est associée à une baisse à la fois du taux de fécondité et du taux d'avortement, alors qu'au Québec le taux de fécondité diminue et le taux d'avortement augmente.

4.8.3 Comparaison avec d'autres pays

En 1981, aux États-Unis, le taux de fécondité et d'avortement chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans se comparaît ainsi aux chiffres canadiens[1]:

	É.-U.	Canada	Québec
Taux de fécondité	52.7	26.4	15
Taux d'avortement	43.3	15.6	9.6
Taux de grossesse	**96**	**42**	**24.6**

À propos des chiffres américains, il faut noter que les taux sont très différents selon que l'on parle d'adolescentes de race noire ou caucasienne:

États-Unis	Race noire	Caucasienne
Taux de fécondité	96/1000	45/1000
Taux d'avortement	66/1000	39/1000

Les taux canadiens et québécois sont donc inférieurs et de loin aux taux américains et même aux taux des caucasiennes américaines. Mais il est reconnu que les taux américains, par rapport aux pays occidentaux en général, sont les taux les plus élevés.

Lors d'une publication datée de 1985, le Alan Guttmacher Institute a comparé les taux de grossesse de différents pays en se référant aux données de 1980. Pour chaque tranche d'âge de 14 à 19 ans, on note des taux très faibles aux Pays-Bas, ne dépassant pas les 30/1000; les taux sont plus élevés en Suède, mais plus faibles que ceux de la France, du Canada et de l'Angleterre; les taux de ces derniers pays sont inférieurs d'au moins 40 % par rapport aux taux américains. A titre d'exemple, à 17 ans, les taux de grossesse se répartissent comme suit par ordre de grandeur selon les pays et approximativement[2]:

États-Unis	87/1000
Angleterre	48/1000
Canada	42/1000
France	35/1000
Suède	29/1000
Québec	24.6/1000
Pays-Bas	10/1000

Le Alan Guttmacher Institute[5] a aussi examiné les données internationales sur les interruptions volontaires de grossesse chez les 15-19 ans. Le tableau 10 montre les taux d'avortement dans quelques pays occidentaux de 1980 à 1984. Le Québec, parmi ces pays, se situerait entre les taux des Pays-Bas et ceux de la Suède. Le ratio nombre d'avortements par 100 grossesses, chez les adolescentes 15-19 ans se situe au environ de 32 % au Canada, 45 % au Québec, 33 % en Angleterre, 30 % aux Pays-Bas, 50 % en Suède et 41 % aux États-Unis.

TABLEAU 10
Taux d'avortement pour 1000 adolescentes 15-19 ans, par année et par pays.

	1980	1981	1982	1983	1984
Canada	16.9	16.3	16.2	14.7	14.7
Pays-Bas	5.3	5.8	5.6	5.3	4.7
Suède	22.2	20.6	19.8	17.9	17.6
Angleterre	18.1	17.6	17.5	17.6	19
États-Unis	44.4	44.8	44.3		
Québec	10.1		12		14(1985)

Au Canada, 20 % des avortements chez les adolescentes de moins de 17 ans sont des avortements du deuxième trimestre, comme au Québec d'ailleurs. En Suède, ce pourcentage est inférieur à 5 %. La récidive, c'est-à-dire, le pourcentage d'avortements pratiqués chez des adolescentes de moins de 20 ans qui en ont déjà eu au moins un, est de 8 % au Canada et au Québec, de 4.6 % en Angleterre, de 3 % aux États-Unis et de 1.5 % en Suède.

Enfin, Westoff, Calot et Foster[6] ont examiné les taux de fécondité de certains pays et leur évolution de 1971 à 1980. Ils ont utilisé le taux de fécondité cumulé de 14 à 19 ans, c'est-à-dire la somme des taux de fécondité de chaque année d'âge entre 14 et 19 ans. Ce chiffre représente le nombre des naissances qu'une cohorte aurait durant son adolescence. Le tableau 11 montre les variations de ce taux de 1971 à 1980 dans certains pays.

Ce qu'on peut conclure de cette comparaison internationale, c'est que le Canada a des taux de grossesse (fécondité et avortement) qui sont comparables à plusieurs pays occidentaux et une évolution de ces taux également comparable. Le Québec a des taux plus bas mais leur évolution est différente avec une hausse plus marquée des taux d'avortement et une baisse plus lente des taux de fécondité.

TABLEAU 11
Taux de fécondité cumulé de 14 à 19 ans et variations entre 1971 et 1980, par pays.

	1971	1980	% Variations
Canada	208	140	−33 %
France	191	125	−34 %
Pays-Bas	112	46	−59 %
Angleterre	254	157	−38 %
Suède	170	83	−51 %
États-Unis	333	266	−20 %

De plus, les pays comme la Suède et les Pays-Bas où il y a une grande accessibilité à des services de contraception et où l'éducation sexuelle est depuis longtemps integrée au programme scolaire voient leurs taux de fécondité diminuer considérablement et conservent des taux d'avortement très bas et à la baisse.

On peut se demander pourquoi les taux québécois sont inférieurs aux taux canadiens et que ceux-ci sont moins importants que les taux américains. Certaines hypothèses explicatives peuvent être avancées. Il y a possibilité que moins d'adolescentes au Canada et au Québec aient des activités sexuelles. Ou encore, que plus d'adolescentes canadiennes et québécoises utilisent adéquatement des moyens contraceptifs. Or, comme les données présentées pour le Québec, nous montrent une légère augmentation des taux de grossesses et, comme le signale l'ensemble des recherches portant sur l'activité sexuelle des adolescents québécois, que l'activité sexuelle augmente concurremment (cf. chapitre 3), on peut supposer qu'il n'y ait pas une augmentation concomitante entre activité sexuelle et contraception. Enfin, l'impact de l'intégration d'autres communautés culturelles notamment dans le milieu montréalais, peut aussi influencer cette augmentation.

4.8.4 Comparaison avec d'autres problématiques

Enfin, avant de terminer ce chapitre sur les données épidémiologiques des grossesses à l'adolescence, il serait bon de mettre ce problème en perspective avec d'autres problèmes qui touchent les adolescents. Ceci permet de comparer les ressources et l'importance donnée aux différents phénomènes plus propres à l'adolescence.

Le taux de suicide sera notre première comparaison. Au Québec, chez les garçons 15-19 ans, la mortalité par suicide se situe, dans les années 80, à 30/100,000. Les taux de grossesses est 2400/100,000. Même s'il y avait 50 tentatives de suicide pour un suicide, les taux de tentative de suicide ne serait que de 1500/100,000[3].

En 1980, on comptait 10 500 adolescents blessés dans des accidents de la route au Québec. Il y avait alors près de 9000 grossesses chez les adolescentes seulement[3].

Au Canada, en 1978[4], 17 % des journées d'hospitalisation chez les adolescentes de 12 à 17 ans étaient liées à la grossesse et ses complications, un chiffre encore plus élevé chez les 15-17 ans (24 %) et qui ne tient pas compte des avortements. Ces journées d'hospitalisation et les soins connexes représentent des déboursés de plusieurs millions de dollars pour le système de santé québécois.

CHAPITRE IV

RÉFÉRENCES

1. HATCHEL, R.A., STEWART, F., STEWART, G., TRUSSELL, J., CEREL, S., CATES, W., GUEST, F., «*Contraceptive Technology*», Irvington Publishers, New York, 1987.
2. JONES, E.F., «*Teenage Pregnancies in Developed Countries*», New York, Alan Guttmatcher Institute, 1985.
3. MICHAUD, P.A., WILKINS, J., FRAPPIER, J.Y., «L'état de santé des adolescents québécois sous un angle épidémiologique», *Union Médicale*, vol. 11, no. 9, Sept. 1982, pp. 748-755.
4. Santé et Bien-être Social Canada, «Les adolescents passent par une période de changements difficiles», *Éducation Sanitaire*, 1983.
5. TIETZE, C., HENSHAW, S.K., «*Induced Abortion: A WorldReview*», Alan Guttmatcher Institute, New York, 1986, 6th edition.
6. WESTOFF, C.F., CALOT, G. FOSTER, A.D., «Teenage Fertility in Developed Nations: 1971-1980», *Family Planning Perspectives*, vol. 15, no. 3, 1983, pp. 105-110.

CHAPITRE V

LES ASPECTS ÉCONOMIQUES LIÉS À LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE

Être enceinte avant vingt ans n'inquiète plus seulement les intervenants sociaux et de la santé. Les journalistes, le grand public et les législateurs se sentent maintenant concernés. Informés depuis dix ans par une abondante littérature, ces personnes voient dans les grossesses à l'adolescence plus que des implications d'ordre physique, psychologique et sociale. En effet, les conséquences telles que grossesses à risque élevé, abandons scolaires, monoparentalité, divorces hâtifs, enfants maltraités, incapacités professionnelles sont autant de facteurs ayant un impact économique sur notre société.

Peu d'études ont été faites sur l'aspect économique de la grossesse à l'adolescence. La plupart sont américaines, donc fondées sur un système social différent du Québec. Cependant, en admettant que les systèmes d'aide sociale existent dans les deux pays, il est possible d'utiliser les fruits de ces recherches et de les adapter.

La plupart des études s'entendent tout d'abord pour associer la grossesse à l'adolescence à un problème de pauvreté. Les jeunes filles qui mènent leur grossesse à terme, ainsi que leurs partenaires, sont prioritairement issus de classes socio-économiques défavorisées[4]. En outre, ces jeunes filles doivent quitter l'école et subvenir à leurs besoins et à ceux de leur enfant: étant au départ peu soutenues, n'ayant aucune qualification professionnelle, les perspectives d'emploi étant minces, les adolescentes se voient donc obligées de recourir à l'aide sociale. Beaucoup de pères adolescents subissent le même sort. Force est donc de prendre conscience qu'il existe là un cercle vicieux: sur le plan comportemental, on reconnaît une prépondérance de mères adolescentes, filles de mères ayant eu leur première grossesse à l'adolescence. Sur le plan social, on constate que la pauvreté engendre la pauvreté.

Aux États-Unis, 53 % du budget total de l'aide sociale est versé aux familles dont la mère a eu son premier enfant à l'adolescence[1]. Plus de la moitié du budget du programme Américain «Aid to Families with Dependent Children» (AFDC) est affectée aux familles citées plus haut. De plus, les trois quarts des bénéficiaires de l'AFDC âgées de moins de trente ans ont eu une grossesse à l'adolescence[5]. Le coût engendré par les grossesses à l'adolescence est donc une partie importante du budget de l'assistance sociale. Au Québec, un peu plus de 60 % des mères de moins de 20 ans sont des bénéficiaires de l'aide sociale (cf. Tableau 12).

Cependant, lorsqu'on désire mesurer plus extensivement l'impact économique, il faut considérer aussi les autres coûts associés à cette situation. Une

TABLEAU 12

Nombre et pourcentage de mères de moins de 20 ans à l'aide sociale, famille monoparentale de 1983 à 1987, couples avec enfants en 1986 et 1987, Québec

	Mères de moins de 20 ans	Familles mono-parentales		Couples avec enfant				Total	
	N	N	%	Conjointe moins de 20 ans	Femme chef moins de 20 ans	Total	%	N	%
1983	5 900	2 601	44,1						
1984	5 330	2 344	44,0						
1985	4 900	2 212	45,1						
1986	4 590	2 213	48,2	535	283	818	17,8	3 031	66,0
1987	4 500	2 062	45,8	531	253	784	17,4	2 846	63,2

Calcul de Madeleine Rochon, Service des études socio-sanitaires, M.S.S.S.
(mères de moins de 20 ans au 1er janvier)
Familles à l'aide sociale, mois de mars : compilations spéciales, fichier J-41

TABLEAU 13

Liste des coûts annuels liés à la grossesse et à la sexualité à l'adolescence, en Illinois, 1979-1983.

	Nombre de personnes	Coût unitaire	Coût de base	Déduction d'impôt 21 %	Coûts assumés par les entre-prises	Coûts totaux
Sexualité à l'adolescence						
Éducation familiale	828 200	10 $	8 282 $	1 739 $		8 630 $
Régulation des naissances (mères)	51 000	75	3 825	161		3 986
Régulation des naissances (autres personnes)	107 000	75	8 025	337		8 362
Avortements provoqués	13 200	200	2 640	55	106	2 801
Avortements naturels (fausses couches)	6 200	2 000	13 640	802	1 375	15 817
Total			36 412	1 703	1 481	39 596
Naissances de mères adolescentes						
Accouchement normal	21 100	2 700	56 970	3 348	5 742	66 060
Complications en cours d'accouchement	3 300	6 000	19 800	1 164	2 328	23 292
– WIC –	11 800	310	3 658	768		4 425
Deuxième grossesse	5 800	2 000	11 600	850	1 461	13 912
Total			92 028	6 130	9 531	107 689
Soins aux nouveau-nés						
Très petit poids à la naissance	628	35 000	21 980	1 616	2 770	26 365
Petit poids avec complications	61	10 000	610	16	76	732
Petit poids à la naissance	2 378	2 000	4 756	349	599	5 704
Nouveau-nés normaux avec complications graves	192	2 000	384	28	49	461
Nouveau-nés normaux	21 089	150	3 163	233	398	3 794
Total			30 893	2 272	3 892	37 057

TABLEAU 13 (suite)

	Nombre de personnes	Coût unitaire	Coût de base	Déduction d'impôt 21 %	Coûts assumés par les entre-prises	Coûts totaux
Soins médicaux aux enfants						
Soins infirmiers à domicile	40	22 200	888	93	131	1 112
Chirurgie corrective	160	8 250	1 320	114	195	1 629
Visite des infirmières des services communautaires	31 000	90	2 790	292		3 082
Enfants maltraités ou négligés	12 700	830	10 541			10 541
Enfants ayant besoin d'un respirateur	14	236 000	3 304	284	488	4 076
Anomalies congénitales à retardement	3 980	4 000	15 920	903	1 547	18 370
Maladie grave	4 700	2 400	11 280	639	1 097	13 016
Paralysie cérébrale	245	10 400	2 548	144	248	2 940
Affections ophtalmologiques	176	1 960	345	19	33	397
Blessures	17 640	1 980	34 927	1 980	3 395	40 302
Total			83 863	4 468	7 134	95 465
Soutien						
AFDC*, mères adolescentes	21 408	5 040	107 896	11 329		119 225
AFDC*, autres situations	15 367	1 240	19 055	2 001		21 056
Soutien social	20 000	500	10 000	1 050		11 050
Formation à l'emploi	6 700	4 000	26 800	3 377		30 177
Services de garderies	52 510	2 840	149 128	1 566		150 694
Assurance-maladie gouvernementale	63 535	580	36 850	3 870	6 633	47 353
– MANG –	6 207	580	3 600	378	648	4 626
Enfants non admissibles à l'AFDC*	94 800	1 940	183 912			183 912
Total			537 241	23 571	7 281	568 093
GRAND TOTAL			783 787	39 540	29 319	847 900

Tous les coûts sont exprimés en milliers de dollars, sauf les coûts unitaires.

Les catégories identifiées par un astérisque comprennent des cas qui se sont répétés au cours des cinq années de l'analyse.

Les coûts unitaires ont été établis d'après le coût particulier d'un service dispensé à une adolescente ou à l'enfant d'une adolescente.

Les coûts de base ont été établis d'après le coût particulier d'un service dispensé à l'ensemble des adolescentes ou des enfants d'adolescentes.

On a jugé que ces personnes avaient besoin de ce service.

*AFDC = Aid to Families with Dependent Children : Il s'agit d'un programme de soutien financier à certaines familles qui comptent des enfants à charge et qui répondent à certaines conditions.

Traduction de l'éditeur

étude faite en Illinois[8] fait la liste des coûts produits par les grossesses à l'adolescence ainsi que ceux provenant d'avortements et de contraception pour les jeunes (voir Tableau 13). Dans ce tableau, on remarque que les grossesses menées à terme à l'adolescence créent des frais non seulement en rapport avec la mère, mais aussi en rapport avec son enfant. On tient compte aussi du recyclage professionnel de la jeune mère et de plusieurs coûts secondaires: citons la garde de l'enfant, les visites médicales des jeunes mères et de leur enfant... On oublie cependant les effets économiques à long terme produits par les facteurs suivants: une éducation tronquée en bas âge, la fécondité augmentée des jeunes mères, les naissances en milieu défavo-

risé. Il est donc important, lorsqu'on fait une analyse économique de la grossesse à l'adolescence, d'évaluer les coûts de tout ce qui peut toucher ce problème à court et à long terme:

1. Bien-être social
2. Assurance-chômage
3. Services sociaux (pour la mère et le père adolescent et leur(s) enfant(s))
4. Service de santé (pour la mère et le père adolescent et leur(s) enfant(s))
5. Services juridiques (D.P.J., Divorces...)
6. Services éducatifs (pour la mère et le père adolescent et leur(s) enfant(s))
7. Budget familial (aide parentale à la jeune mère)
8. Subventions et programmes spéciaux provenant du secteur privé (particulièrement des compagnies d'assurances).

Madame Martha R. Burt du Urban Institute de Washington a revu douze études sur les coûts de la grossesse à l'adolescence[1]. Dans son article, elle a exploité une formule lui permettant d'étendre son calcul à tous les États-Unis. Il est intéressant d'y retrouver le coût des grossesses en fonction de l'âge des jeunes filles. D'après le tableau 14, plus une mère adolescente est jeune, plus les frais sont élevés. La différence est particulièrement grande pour les jeunes filles de moins de 18 ans par rapport à celles de plus de 18 ans. Cette étude fait aussi l'analyse des épargnes réalisées si ces mêmes jeunes filles attendaient l'âge de vingt ans pour avoir leur premier enfant. Dans ce tableau, on peut apprécier l'économie substantielle réalisée par une telle éventualité.

La prévention serait-elle donc économiquement rentable? Plusieurs stratégies visant à diminuer l'impact socio-économique de la grossesse à l'adolescence ont été élaborées[2,5]. Il existe, en fait, deux façons d'aborder le problème.

TABLEAU 14
Les coûts associés à la maternité à l'adolescence, selon l'âge de la mère et les économies potentielles réalisées par le retard des naissances, États-Unis, 1985.

NOMBRE DE PREMIÈRES NAISSANCES CHEZ LES ADOLESCENTES EN 1985, COÛTS POUR L'ÉTAT ET ÉCONOMIES POTENTIELLES RÉALISÉES PAR LE RETARD DES NAISSANCES					
Âge lors de la première naissance	**Nombre de premières naissances**	**Coûts pour l'État**		**Économies**	
		Par naissance	Pour l'ensemble*	Par naissance	Pour l'ensemble*
Total	371 131	13 902 $	5,16 $	5 560 $	2,06 $
<15	9 638	17 724	0,17	7 089	0,07
15-17	144 308	17 689	2,55	7,076	1,02
18-19	217 185	11 214	2,44	4 485	0,97

* En milliards de dollars.

Source: BURT, M.R., «Estimating the Public Cost of Teenage Pregnancy Childbearing», Family Planning Perspective, Vol. 18, no. 5, p. 224, September/October 1986.
(Traduction de l'éditeur)

1. L'une consiste à limiter le nombre de grossesses survenant à l'adolescence: on parle donc d'hypothèses préventives.
2. L'autre réside dans l'amélioration des conditions psychosociales des mères adolescentes: il s'agit alors d'hypothèses de soutien.

Dans les deux cas, le coût socio-économique de la grossesse à l'adolescence est diminué (voir Tableau 15).

TABLEAU 15
Les coûts associés à la grossesse à l'adolescence selon sept scénarios, États-Unis.

NOMBRE DE FEMMES ÂGÉES DE 20 À 24 ANS ET DE 25 À 29 QUI TOUCHERONT DES PRESTATIONS DE L'AFDC EN 1990, SELON SEPT SCÉNARIOS.							
Mesures	**Données de références**	**Programmes préventifs**			**Programmes de soutien**		
		Pas de naissance chez les femmes célibataires de moins de 18 ans	Diminution de la fécondité de 50 % chez les moins de 20 ans	Diminution de la fécondité de 50 % chez les moins de 18 ans	Familles moins nombreuses	Probabilités de mariage plus élevées	Meilleure éducation
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Femmes âgées de 20 à 24 ans							
Total	437 839	331 986	283 162	375 182	413 830	376 202	405 979
Femmes primipares avant l'âge de 20 ans							
Nombre	344 583	218 077	180 539	267 735	324 722	301 806	324 420
Pourcentage	79	66	64	71	78	80	80
Différence en % par rapport aux données de référence	S.O.	−37	−48	−22	−6	−12	−6
Femmes âgées de 25 à 29 ans							
Total	487 375	476 227	438 227	453 957	433 369	441 928	491 914
Femmes primipares avant l'âge de 20 ans							
Nombre	255 118	279 626	210 405	250 215	207 622	233 867	265 631
Pourcentage	52	59	48	55	48	53	54
Différence en % par rapport aux données de référence	S.O.	+10	−18	−2	−19	−8	+4

S.O. signifie sans objet.

Source: MOORE, K.A. and WERTHEIMER R.F., «Teenage Childbearing and Welfare: Preventive and Ameliorative Strategies», *Family Planning Perspectives*, Vol. 16, no. 6, p. 287, November/December 1984.
(Traduction de l'éditeur)

Des scénarios préventifs se retrouvent actuellement dans certains pays occidentaux. En effet, la Suède et les Pays Bas présentent les plus bas taux de grossesse à l'adolescence par rapport aux autres pays industrialisés. Plusieurs mesures ont permis cette situation: l'éducation sexuelle y est bien implantée, l'accès à des services de contraception est facile, l'avortement est libéralisé et accessible. Pourtant c'est en Suède que l'on enregistre le taux le plus élevé d'activité sexuelle à l'adolescence[3]. D'autre part, si l'on se réfère au tableau 15, on constate que les coûts occasionnés par l'éducation sexuelle, la contraception et les avortements sont nettement plus faibles que ceux provoqués par les grossesses à terme à l'adolescence.

Les scénarios de soutien sont aussi intéressants mais ont un impact moins grand sur les coûts de la grossesse à l'adolescence. Néanmoins, il est possible de procurer des services multidisciplinaires de qualité à de jeunes mères et leur bébé sans accroître les coûts associés à la grossesse à l'adolescence[2]. De plus, ces scénarios pourront éviter notamment pour les enfants de mères adolescentes, une prise en charge ultérieure par le réseau de la santé pour des troubles physiques, psychiques, comportementaux ou de négligence et qui entraîneront, eux aussi, des coûts importants pour notre société.

Il s'avère donc possible de diminuer l'impact économique de la grossesse à l'adolescence. Pour ce faire, la prévention semble être l'option la plus efficace et nécessite l'implication de tous, intervenants, population en général et législateurs.

CHAPITRE V

RÉFÉRENCES

1. BURT, M.R., «Estimating the Public Costs of Teenage Childbearing», *Family Planning Perspectives*, vol. 18, no 5, pp. 221-116, september/october 1986.
2. ELSTER, A.B., ROBERTS, D., «The Financial Impact of a Comprehensive Adolescent Pregnancy Program on a University Hospital», *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 6, no 1, pp. 17-20, 1985.
3. JONES, E.F., DARROCH FORREST, J., GOLDMAN, N., HENSHAW, S.K., LINCOLN, R., ROSOFF, J.I., WESTOFF, C.D. AND WULF, D., «Teenage Pregnancy in Developped countries: Determinants and Policy Implications», *Family Planning Perspectives*, vol. 17, no 2, pp. 53-63, March/April 1985.
4. LEIBOWITZ, A., EISEN, M., CHOW, W.K., «An Economic Model of Teenage Pregnancy Decision Making», *Demography*, vol. 23, no 1, pp. 67-77, february 1986.
5. MOORE, K.A. and WERTHEIMER, R.F., «Teenage Childbearing and Welfare Preventive and Ameliorative Strategies», *Family Planning Perspectives*, vol. 16, no 6, pp. 285-289, November/December 1984.
6. REIS, J., «Teenage Pregnancy and Parenthood in Illinois. Estimated 1979-1983 Costs», *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 8, no 2.

CHAPITRE VI
LA GROSSESSE ET SES ISSUES

6.1 Pourquoi l'adolescente devient-elle enceinte?

La grossesse est un événement significatif à l'adolescence. De façon générale on peut la décrire comme un accident de parcours ou un problème qui donne à l'adolescente l'occasion de parler d'elle à un moment crucial de sa vie.

6.1.1 La grossesse non planifiée

Les facteurs qui expliquent pourquoi une adolescente devient enceinte lorsqu'elle ne le désire pas, rejoignent les mêmes raisons qui font en sorte que les garçons comme les filles n'utilisent pas ou utilisent mal la contraception. Pensée magique, invulnérabilité, difficulté à anticiper les conséquences de ses actes, s'associent à la notion abstraite et étrangère à soi que représente la fertilité pour les adolescents [1,4,5,7,8,10,11,15,16,17,18,27].

Face à l'épidémie actuelle de MTS chez les adolescents et les jeunes adultes, le discours sur la contraception s'est considérablement modifié et dans la mesure où l'on valorise maintenant l'utilisation du condom, il faut aussi s'attendre à faire face aux échecs de cette méthode et à rencontrer des adolescents qui réagissent très négativement devant une grossesse non planifiée.

6.1.2 La grossesse planifiée

À l'encontre de la logique dite adulte, certaines adolescentes peuvent désirer une grossesse et ce désir s'inscrit de façon cohérente par rapport à leur mode de vie; formant des couples stables et très unis, appartenant à des familles plus nombreuses où la maternité est valorisée, ces adolescentes ressentent dans l'une et l'autre famille, le support et l'encouragement nécessaires. Elles ne seront donc pas marginalisées par une grossesse précoce. Plusieurs d'entre elles sont déjà mariées ou en union de fait et elles ont en général plus de maturité.

Il arrive que le désir de grossesse chez les adolescentes soit plus ou moins conscient, qu'il réponde à des besoins mal définis et qu'il s'exprime par beaucoup d'ambivalence. La grossesse pourra alors survenir au moment où elles vivent une période de déséquilibre temporaire. Par contre, pour un certain nombre d'adolescentes, ce désir de grossesse s'inscrit dans un cadre nettement plus pathologique et on peut en cerner trois catégories [14]:

- les adolescentes de milieu socio-économiquement défavorisé ou carencées sur les plans affectif et relationnel: elles ont voyagé de familles en

foyers d'accueil et elles n'ont jamais connu de relations stables. Notons que certaines adolescentes de milieux plus favorisés peuvent réagir de la même façon aux carences qu'elles ont subies suite au départ d'un parent, ou par le sentiment qu'on ne s'occupe jamais d'elles.

- Les adolescentes délinquantes qui évoluent en milieu criminogène où violence, prostitution, drogues et alcool font partie de la réalité quotidienne.
- Les adolescentes chez lesquelles on observe un problème psychiatrique: schizophrénie, psychose.

Ces situations s'appliquent de façon analogue aux pères adolescents[8,12].

L'adolescente carencée ne connaît pas son corps et n'a aucune estime d'elle-même. La grossesse lui permet ainsi de concrétiser les stéréotypes sexuels: n'ayant pas d'identité propre, elle attribue à son partenaire la toute puissance. La maternité devient donc pour elle le seul statut auquel elle peut accéder et son enfant sera le prolongement d'elle-même, n'ayant pas lui non plus, d'identité propre. Il se situera quelque part entre le rêve de retrouver sa mère et de donner ce qu'elle n'a pas reçu. « Enfin, avoir quelqu'un à aimer, qui va m'aimer et qui voudra rester dans ma vie »[16]. On dira de l'adolescente carencée qu'elle aime mal son enfant et qu'ainsi elle le détruit[14].

Garçons ou filles carencés forment des couples qui sont incapables de créer des liens de véritable intimité ou de les conserver. La grossesse servira à combler un vide et bien souvent à retenir l'un ou l'autre partenaire; on observe d'ailleurs qu'il n'est pas rare que la grossesse coïncide avec la rupture du couple. Enfin, devenir enceinte peut permettre à l'adolescente carencée d'échapper à la dépression, au suicide et à la prostitution.

Quant à l'adolescente délinquante, elle ne pense qu'à ses propres besoins et tout se rapporte à elle. L'enfant lui offre l'issue idéale pour fuir d'une institution et il lui ouvre la porte vers l'indépendance financière[19]. Il ne représente rien d'autre qu'une réponse à ses exigences immédiates. Pour cette adolescente, le changement des habitudes de vie, drogue, alcool, tabac n'entre pas en ligne de compte pour vivre une grossesse saine. On dira de l'adolescente délinquante qu'elle n'aime pas son enfant et qu'ainsi elle le détruit[14].

Pour toutes ces adolescentes, la grossesse peut aussi rappeler la relation établie avec leur mère. Plusieurs adolescentes enceintes sont nées de jeunes mères célibataires qui, pour la première fois dans les années 70 avaient la permission de poursuivre leur grossesse et de garder leur bébé hors de la clandestinité[9]. Cette mère est cependant perçue par sa fille comme inadéquate et l'adolescente est convaincue qu'elle réussira là où sa mère a échoué.

Sur le plan social, l'adolescente trouvera dans sa grossesse le prétexte pour quitter l'école où elle n'accumulait que des échecs[25]; elle se crée face à son entourage une place de choix par laquelle elle se valorise et qui lui apporte de l'attention.

Enfin, devenir enceinte offre à certaines adolescentes des avantages économiques qui s'avèrent une porte de sortie non négligeable par rapport à leurs familles[19].

6.1.3 Les différences culturelles

Aux États-Unis, on note une différence importante dans les taux de grossesse chez les adolescentes selon leur appartenance ethnique. Les adolescentes de race noire ou hispanique présentent des taux de grossesse près de deux fois plus élevés que celles de race blanche. Cette variation résulte des différences socio-économiques mais, plusieurs s'accordent à dire que la dimension culturelle s'avère aussi un élément qui explique cette situation. Avec l'immigration croissante que connaît notre société, cette réalité se retrouve de plus en plus fréquemment dans une grande ville comme Montréal[7,25,27].

Pour les jeunes immigrés, la culture d'origine leur dicte certaines attitudes concernant la décision à prendre face à la grossesse, attitudes qui ne correspondent pas nécessairement à celles du pays d'accueil. Ce choc culturel viendra s'ajouter aux problèmes déjà suscités par la grossesse non planifiée.

En ce qui concerne les choix offerts à l'adolescente, mentionnons que plusieurs d'entre elles ne peuvent imaginer avoir recours à une IVG en raison de leurs valeurs culturelles ou, au contraire, considérer cette solution comme une méthode contraceptive. Pour celles qui outre-passent les principes de leur culture d'origine et qui choisissent l'avortement, cette situation peut être perçue comme un geste leur permettant de s'associer davantage à leur nouvelle culture.

La dimension culturelle joue aussi un rôle prépondérant dans l'utilisation de méthodes contraceptives. Une étude récente[8] constate, par exemple, que parmi les non-utilisateurs de la contraception, le pourcentage des garçons d'origine haitienne est environ deux fois plus élevé que celui des sujets d'autres ethnies. La dimension culturelle pose donc un double défi aux intervenants, celui de parler de la sexualité à l'adolescence et d'adapter le message aux valeurs culturelles de ces jeunes.

6.2 Les réactions de l'adolescente à la découverte de la grossesse

Lorsque l'adolescente enceinte effectue la première démarche de consultation, elle doit être considérée en période de crise, et, selon l'âge de la grossesse, elle disposera de plus ou moins de temps pour en arriver à une décision éclairée et autonome.

Plusieurs auteurs[3] confirment une prévalence d'éléments de désorganisation familiale chez les adolescentes qui se retrouvent confrontées à une grossesse. Elles sont donc peu enclines à se tourner vers leurs parents dès

qu'elles soupçonnent le problème et leur première réaction encouragée par la pensée magique sera le déni.

Lorsque la période d'aménorrhée se prolonge et que les raisons invoquées pour justifier cet état s'épuisent, en même temps qu'apparaissent les premiers symptômes révélateurs de la grossesse, l'adolescente se tournera vers une amie, un adulte de son entourage ou l'infirmière de l'école. Elle pourra aussi demander l'aide de ses parents.

Un grand nombre d'adolescentes ignorent que le test de grossesse s'effectue sur l'urine et la crainte de l'examen gynécologique entre en ligne de compte dans leur retard à consulter[4].

Depuis que l'IVG est accessible et que ce choix s'offre à l'adolescente au même titre que la poursuite de la grossesse, on a pu observer différentes réactions.

D'une part, l'adolescente qui désire poursuivre sa grossesse réagit avec peu de désespoir à l'annonce du test positif. Elle consulte souvent beaucoup plus tardivement de façon à laisser le temps décider à sa place ou à réduire les chances de son entourage de la persuader à choisir l'avortement. Elle aura déjà informé plusieurs personnes de son état et les études remarquent que cette grossesse survient à un moment opportun dans sa vie ; l'adolescente a souvent quitté l'école et il n'apparaît pas clairement qu'elle ait des projets valorisants et stimulants devant elle[9,21].

Par ailleurs, l'adolescente qui opte pour l'interruption de grossesse consulte entre la 6e et la 8e semaine, ce qui diffère peu de la femme adulte. Elle présente une réaction très négative à l'annonce du résultat du test. Cette adolescente démontre une meilleure capacité de se projeter dans le futur et elle a des projets de scolarisation, de carrière qu'une grossesse ne doit pas interrompre à ce stade de sa vie[9,21].

Il existe cependant un certain nombre d'adolescentes pour qui la grossesse met en lumière une énorme ambivalence et on estime que 15 à 20 % changeront d'idée en cours de route. Très fortement opposées à l'avortement, elles se retrouvent aussi dans une situation quasi impossible face à la poursuite de cette grossesse. Une trop forte pression exercée par les parents ou le partenaire risque alors d'être dommageable. Forcée à l'avortement, cette adolescente redevient souvent enceinte dans les mois qui suivent l'intervention.

6.3 Les facteurs en jeu dans la prise de décision

La décision qu'elle doit prendre est en général la première qui revêt une telle importance et une aussi grande complexité[9]. Elle engage l'adolescente comme femme alors qu'elle est encore considérée comme une enfant[6]. La poursuite de cette grossesse engagera aussi sa famille, le père adolescent, la famille de celui-ci et l'enfant à naître. Cette décision présente également un caractère d'irréversibilité[9] qui entraîne le risque de ressentir de la culpabilité, le besoin de réparation ou l'augmentation des difficultés face à la prise de décision.

La majorité des adolescentes, même très jeunes, possèdent la capacité d'assumer elles-mêmes cette décision. Un certain nombre de facteurs entrent alors en ligne de compte[9,21]. Les facteurs intrapsychiques rejoignent ceux qui ont précédé la grossesse elle-même. Ils dépendent de la maturité, de la santé mentale et de la personnalité de l'adolescente. Les facteurs extrapsychiques regroupent l'âge, la race, la religion, le niveau socio-économique, le contexte culturel et familial, l'éducation.

On observe également la grande influence des parents[14,21] et du partenaire[21] dans le processus décisionnel. S'ils sont avertis, les parents éprouvent de la difficulté à rester neutres et à remettre à l'adolescente le pouvoir de choisir. Cependant, une fois passée la première réaction de colère et de désarroi, bon nombre de parents acceptent et supportent le choix de leur fille. Pour d'autres parents, même s'ils ne sont pas en accord avec l'IVG, lorsqu'ils sont confrontés à la grossesse de leur fille, leur choix personnel se portera vers cette solution. Si la décision de l'IVG est prise librement par l'adolescente et si les rapports entre l'adolescente et ses parents sont bons, cet événement fournit à la famille l'occasion de retrouver des niveaux de communication encore meilleurs. Il existe cependant un piège pour quelques adolescentes qui se voient par la suite retirer la confiance de leurs parents et remettre constamment en face de la « faute » commise. C'est pourquoi, il demeure important de permettre à une adolescente de juger si la situation doit être vécue dans la confidentialité. Dans certaines familles, la poursuite de la grossesse est admise avec fatalisme. L'adolescente vivra dans sa famille et l'enfant sera accueilli comme « un de plus ».

Lorsque les parents n'acceptent pas la grossesse de leur fille, celle-ci se retrouve seule et cet isolement aura un impact sur la décision qu'elle prendra. Les parents qui imposent leur choix ne permettent pas à l'adolescente de retirer des éléments positifs de cette situation et elle risque de continuer à remettre à d'autres la charge de sa vie ou de réagir contre l'imposition de cette décision.

Quant aux partenaires masculins, ils sont vulnérables face à cette révélation. Les jeunes garçons peuvent être surpris de se savoir fertile. D'autres auront tendance à refuser cette responsabilité[8,11,12]. Quelque soit la place du garçon dans le couple, elle aura une influence sur la décision de l'adolescente. Celle-ci pourra être prise conjointement par les deux et le partenaire offrira alors un support adéquat. Il arrive cependant que le garçon disparaisse ou que l'adolescente choisisse de ne pas l'impliquer dans cette situation. Elle se retrouve alors seule à assumer sa décision. Pour s'approprier leur amie, certains garçons désirent la grossesse et influencent directement le choix de la mener à terme.

6.4 Les choix possibles

Depuis plusieurs années déjà, l'IVG est disponible au Québec. L'adolescente enceinte se retrouve donc face à deux options; elle choisira d'interrompre sa grossesse ou elle la poursuivra et alors, elle décidera si elle garde l'enfant ou si elle le confie à l'adoption. Chacune de ces options implique un certain nombre d'éléments qui facilitent la démarche ou au contraire la rendent plus ardue[11,21,23].

6.4.1 L'interruption volontaire de grossesse – IVG

On constate que l'IVG devient de plus en plus fréquemment le premier choix pour la majorité des adolescentes, surtout les plus jeunes.

Nous avons fait état des difficultés que représente l'avortement pour la jeune fille; aux conflits intérieurs qui lui sont propres s'ajoutent les débats sociaux passionnés que suscite toujours cette question[26]; pour l'adolescente qui en a parlé à l'école, l'avortement est un événement qu'elle n'aura jamais besoin de vivre!

Lorsqu'elle se rend compte que c'est bien à elle que cela est arrivé, elle se voit forcée de réviser sa position de façon douloureuse.

Le problème de la confidentialité de ce service pour les jeunes de moins de 18 ans a soulevé maintes controverses[5]. Bien que l'article 42 de la Loi sur la protection de la santé publique permette aux adolescentes d'avoir un accès confidentiel à l'IVG, celles-ci l'ignorent de façon générale. Même si elles connaissent ce droit, elles ne peuvent pas toujours s'absenter de l'école sans que leurs parents en soient avisés. En effet, la Loi de l'Instruction publique oblige l'école d'informer les parents de toute absence. Même si le motif de l'absence n'est pas invoqué, on comprendra que les possibilités d'obtenir une IVG confidentielle s'en trouvent d'autant amenuisées.

Ce problème se révèle pour les adolescentes un sujet d'angoisse susceptible de retarder le moment de la consultation. Il s'avère d'autant plus grave si les adolescentes doivent se rendre loin de chez elles ou si elles fréquentent des écoles où elles n'arrivent pas à trouver un adulte à qui se confier. Par ailleurs, il est important de souligner que les médecins et le personnel qui offrent ce service se retrouvent également soumis aux débats publics, aux menaces de poursuites légales et à leur propre cheminement moral et éthique[26]. On observe donc depuis quelque temps un essoufflement chez les intervenants et de moins en moins de relève.

Un autre élément qui risque de retarder la consultation se situe sur le plan économique. Les rares cliniques privées qui effectuent des IVG demandent un tarif que l'adolescente ne peut défrayer. De plus, elles n'existent qu'à Montréal de sorte que les frais de déplacement entraînent une difficulté supplémentaire pour celles qui habitent loin. Enfin, les services gratuits d'IVG dans les hôpitaux et les CLSC sont mal répartis et ne suffisent pas à la demande.

6.4.2 La poursuite de la grossesse

Lorsque l'adolescente désire mener sa grossesse à terme et qu'elle opte pour garder son enfant, on peut observer les situations suivantes:

- Le mariage est de moins en moins populaire, d'une part parce que la grossesse hors mariage est mieux acceptée et d'autre part, en raison du prolongement de la période de dépendance économique des jeunes. Dans ces mariages, on observe un taux très élevé de séparations et de divorces dans une période de 5 ans suivant la naissance de l'enfant. Et même si l'union de fait a remplacé le mariage pour la majorité des couples adolescents qui ne vivent plus à la maison, cette situation est soumise aux mêmes contraintes et tôt ou tard, l'adolescente se retrouve seule avec son enfant.
- Un certain nombre d'adolescentes poursuivent leur grossesse en demeurant dans leur famille. Cette solution peut s'avérer intéressante pour quelques-unes; l'aide de leur famille leur permettra éventuellement de retourner aux études. Elle ne se révèle cependant pas une panacée dans l'état actuel des choses puisque l'on constate que cette décision est prise en majorité par des adolescentes de milieu défavorisé qui perpétuent ainsi le cycle de la pauvreté et de l'aide sociale[9,25,27]. De plus, la grand-mère prend charge de l'enfant et ne permet pas toujours à sa fille d'acquérir l'autonomie nécessaire.
- Pour un certain nombre d'adolescentes, la grossesse concrétise la rupture avec la famille et elles se retrouvent en centre d'hébergement. On estime qu'environ 10 % à 15 % des adolescentes enceintes ont bénéficié des services de ces centres. Il semble que depuis environ deux ans, les cas accueillis dans ces centres soient plus complexes et les adolescentes de plus en plus jeunes[16]. Cette observation est lourde de conséquences parce qu'il est bien entendu que la solution du centre d'hébergement est temporaire, ne dépassant pas six mois après l'accouchement. A ce titre, cette solution apparaît incomplète. L'adolescente se retrouve alors seule, sans moyens financiers adéquats, avec un enfant qui devient rapidement une entrave à ses besoins. Un support à plus long terme semble, dans la plupart des cas, s'avérer nécessaire.

6.4.3 L'adoption

En 1925, apparaît la première législation en matière d'adoption. À partir de ce moment, l'adoption devient une réalité socio-juridique. Elle permet de confier un enfant «sans parents» à un couple ou à une personne célibataire désirant en prendre l'entière responsabilité. Pris en charge d'abord par les institutions religieuses (les maternités, les crèches d'alors), l'adoption devient en 1973 sous la responsabilité des Centres de services sociaux. Plus récemment, en 1982, la nouvelle Loi est mise en vigueur et vient préciser les rôles et responsabilités de chacun notamment, de la Direction de la protection de la jeunesse.

Si la situation organisationnelle des services de l'adoption s'est considérablement transformée au cours de ces années, la situation des adoptés et

des parents adoptifs a, elle aussi, changé radicalement. Des années 20 aux années 60, le nombre d'enfants confiés à l'adoption était considérable. Le Québec devait, à ce moment, recruter des parents adoptifs à l'étranger (États-Unis, France). Ainsi, en 1966, on dénombre dans la seule région montréalaise environ 1000 adoptions légales, c'est-à-dire une adoption faite par des postulants n'ayant aucun lien de parenté avec l'enfant, alors qu'en 1983, il n'y avait, pour le Montréal Métropolitain, que 62 adoptions de ce type[2].

Ce revirement de la situation reflète l'évolution de la société québécoise durant ces dernières décennies. En 1950, les enfants nés hors-mariage étaient «illégitimes». La mentalité catholique préconisait l'abandon et l'adoption de l'enfant. De plus, la mère célibataire se sentait rejetée par son milieu social et sa situation financière était précaire. Avec la libération sexuelle, la sécularisation de la société québécoise, l'augmentation des divorces et la garde des enfants par les mères célibataires, le nombre d'adoptions légales au Québec subit une baisse d'environ 80 %[33].

Nous ne savons pas combien de mères adolescentes confient leur enfant à l'adoption. De récentes recherches nous indiquent que ce choix ne semble survenir que dans moins de 5 % des cas[22,24]. Peu importe les raisons qui motivent le choix de l'adoption, il est nécessaire que les adolescentes aient l'opportunité d'évaluer ce qu'elles désirent pour leur enfant, ce qu'il nécessitera, ce qu'elles pourront ou ne pourront pas faire pour lui dans l'éventualité où elles envisagent de le confier à l'adoption et enfin, ce qu'elles désirent et ce dont elles ont besoin pour elles-mêmes. Ce choix implique un support à la fois psychologique et social des intervenants. Une recherche tend à démontrer que, lorsqu'interrogées sur un inventaire de sujets relatifs à l'alternative de l'adoption, un tiers (33 %) des adolescentes qui poursuivent leur grossesse manifestent leur intérêt à une démarche sur l'adoption et ceci sans différences significatives quant à l'âge ou à l'ethnie[20].

Choisir l'adoption entraîne un vécu particulier de la grossesse et de l'accouchement. Pendant la période prénatale, il ne s'agit pas de nier l'enfant, mais bien de le rendre présent, existant pour ainsi pouvoir ensuite s'en séparer et faire le deuil. Les adolescentes se sentent mal à l'aise vis-à-vis celles qui gardent l'enfant. La décision est difficile et se vit dans une grande ambivalence d'autant plus qu'elles peuvent reprendre l'enfant après un certain délai ou encore le confier après avoir réalisé qu'elles ne peuvent accomplir les tâches que l'enfant commande. La préparation à l'accouchement est délicate. Certaines veulent voir l'enfant, d'autres pas. Après l'accouchement elles peuvent être négligées car elles n'ont pas l'enfant. C'est dès ce moment que s'amorce le processus de deuil que devra faire l'adolescente afin de bien intégrer sa décision. Les intervenants peuvent aider la jeune femme à prendre conscience que confier son enfant à l'adoption est un geste d'amour et de respect pour elle et lui et non un geste d'abandon. Un soutien lui sera aussi nécessaire pour faciliter son intégration sociale.

L'ensemble de la question de l'adoption n'est pas sans susciter beaucoup d'émotions. Les propos suivants nous semblent bien résumer les enjeux et les perspectives que cette solution offre pour les mères adolescentes:

L'adoption demeure une mesure de protection exceptionnelle. L'orientation d'un enfant vers l'adoption est une décision difficile, délicate tant pour les parents que pour les intervenants. L'enfant soulève la question des racines même de la vie, celle des valeur universelles d'intégrité et d'autonomie familiales, d'amour parental, de lignée, de responsabilité; toutes notions nobles qui suscitent une forte émotivité chez la plupart d'entre nous[32]. 77

Chapitre VI

RÉFÉRENCES

1. ARGUIN, L.,«*Échec à la contraception: aspect sexologique*». Conférence réalisée dans le cadre du colloque Interruption de grossesse: problèmes courants, C.H.U.S., 15 mars 1985.
2. CADIEUX, Gilbert, «L'adoption d'hier à aujourd'hui (1965-1983)», *Intervention*, juillet 1984.
3. CARON, N., DUBOIS, M., LAVOIE, C.J., «*Les décisions reliées à la grossesse adolescente*», Rapport de recherche, Psy. 17297 et Psy 17298. Université Laval, 27 aout 1986. (non publié).
4. CHARBONNEAU, L., FORTIN, G., TESSIER, M., «La clinique des jeunes Saint-Denis, six ans plus tard», *Santé Mentale au Québec*, 1984, vol. IX, no 2, pp. 74-82.
5. CHARBONNEAU, L., FRAPPIER, J.Y., GRAVEL, S., ROCHELEAU, L., SYLVESTRE, R., «*Vie sexuelle à l'adolescence, réalité silencieuse ?*», La Presse, 5 juin 1987, Document préparé par le DSC Ste-Justine, mars 1987.
6. DUPREZ, D., VIALA, M., «*Mythe, fantasme, bruit et catastrophe dans la demande d'avortement de l'adolescente*», article à paraître en 1987 dans «Confrontations psychiatriques».
7. DURANT, R.H., JAY, M.S., « A Social Psychologic Model of Female Adolescents' Compliance with Contraceptives», *Seminars in adolescent Medicine*, 3 (2); pp. 135-144, june 1987.
8. ELLEFSEN, E., «*Influence des facteurs psycho-socio-cognitifs sur l'utilisation de la contraception chez des adolescents garçons*», mémoire de Maîtrise es sciences, sciences infirmières, Faculté des études supérieures, Université de Montréal, décembre 1985.
9. FILION, G., THÉBAULT, M., «*Grossesse et adolescence: revue de la littérature et éléments de problématique*», DSC Hôpital St-Luc, octobre 1984.
10. FILION, G., THÉBAULT, M., «*Élaboration d'une stratégie globale d'intervention*», DSC Hôpital St-Luc, mars 1985.
11. Flick, L.H., «Paths to Adolescent Parenthood: Implications for Prevention», *Pub. Health Reports*, vol. 101, no 2, march-april 1986, pp. 132-147.
12. FORTIN, M.F., TAGGART, M.E., KÉROUAC, S., «La contraception chez les adolescents du secondaire», *Presse Medic*, 31 mars 1987, pp. 8-9.
13. GAGNON, D., «Etre enceinte à quinze ans. Un phénomène qui s'amplifie», *Le Soleil*, mars 1986.
14. GALBO, J.J., «Adolescents' Perceptions of Significant Adults: A Review of the Litterature», *Adolescence*, vol. XIX, no 76, winter 1984, pp. 951-970.
15. HERROLD, E.S., «*Sexual Behaviour of Canadian Young People*», Fitzhenry & Whiteside Ltd, 1984.
16. HOUDE, L., «*La poursuite de la grossesse chez l'adolescente au centre Rosalie-Jetté*», Cours aux étudiants en médecine, Faculté de Médecine, Université de Montréal, 20 mars 1987.
17. KANTROWITZ, B. et Al., «Kids and Contraceptives», *Newsweek*, 16 february 1987, p. 54.
18. LÉGARÉ, G., MICHAUD, M.C., VOYER, J., BÉRUBÉ, J., «*Multi-Jeunesse-Groupes d'entraide en sexualité et planification des naissances: rapport final, guide d'animation*», Département de santé communautaire, centre hospitalier régional de Rimouski, 1987.
19. LEIBOWITZ, A., EISEN, M., CHOW, W.K., «An Economic Model of Teenage Pregnancy Decision Making», *Demography*, vol. 23, no 1, Feb. 1986, pp. 67-77.
20. MECH, Edmund V., «Pregnant Adolescents: Communicative the Adoption Option», *Practice Forum*, Child Welfare League of America, 1986, pp. 555-567.
21. MORIN-GONTHIER, M., LORTIE, G., «The Significance of Pregnancy Among Adolescents Choosing Abortion as Compared to Those Continuing Pregnancy», *The Journal of Reproductive Medecine*, vol. 29, no 4, april 1984, pp. 255-259.
22. ORTON, MAUREEN J., ROSENBLATT E., «*Adolescent Pregnancy in Ontario: Progress in Prevention*», Planned Parenthood Ontario, Report no. 2, february 1986, 149 p.
23. PETERSON, C., SRIPADA, B., BARGLOW, P., «Psychiatric Aspects of Adolescent Pregnancy», *Psychosomatics*, vol. 23, no 7, july 1982, pp. 723-733.
24. RESNICK, Michael, «Stydying Adolescent Mothers' Decision Making About Adoption and Parenting», *Social Work*, vol. 29, no 1, january-february 1984, pp. 5-10.

25. ROOSA, M.W., «Adolescent Mothers, School Drop-outs and School-based Intervention Programs», *Family Relations*, april 1986, p. 313.
26. ROY, David J., «*L'avortement. Une position morale, une ligne de conduite, une stratégie au sein de notre communauté morale divisée*», Dir. centre de bioéthnique, IRC de Montréal, lettre ouverte aux membres du comité national de liaison tripartite, Ottawa, 21 septembre 1983.
27. Staff of the Institute for Continuing Education in Adolescent Health Care, «*Adolescent Health Program*», University of Minnesota, Hospitals and Clinics.
28. «*Health futures of Adolescents*», Information BulletinYouth 2000, U.S. Dept. of Health and Human Services, division of maternal and child health, sept. 1986.
29. STUBBLEFIELD, «*Interruption de grossesse: problèmes courants*», Communication réalisée dans le cadre du colloque C.H.U.S., 15 mars 1985.
30. TESSIER, M., «Adolescence et sexualité: les enjeux de la prévention», *Santé mentale au Québec*, vol. IX, no 2, 1984, pp. 64-73.
31. TESSIER, M., «*Sexualité et prévention: d'abord l'affaire des jeunes*», Bureau de consultation jeunesse Inc., 1985, 69 pages.
32. TREMBLAY, Madeleine, «L'adoption par des postulants et familles d'accueil« in »*Quand la solution est devenue la question: De l'adoption à la recherche des origines*», Centre des services sociaux du Montréal Métropolitain, juin 1985, pp. 13-19.
33. TURCOTTE, Gérard, « La modernisation de la société québécoise« in »*Quand la solution est devenue la question: De l'adoption à la recherche de ses origines*», Centre des services sociaux du Montréal Métropolitain, juin 1985, pp. 2-7.
34. WALLOT, H., «*L'implantation de l'adolescent de sexe masculin dans la contraception*», projet de recherche action visant un changement social dans une population de jeunes, document non publié.
35. WILKINS, J. et coll., «*Médecine de l'adolescence: une médecine spécifique*», Hôpital Ste-Justine, 1985, 414 pages.

CHAPITRE VII
LA POURSUITE DE LA GROSSESSE

7.1 Le prénatal

Pour l'adolescente qui poursuit sa grossesse, la période de gestation acquiert une importance particulière. C'est en effet pendant cette période que se développe l'enfant et son état de santé à la naissance est en grande partie redevable à l'accent que mettra la jeune femme à se préparer physiquement et mentalement à l'accouchement.

7.1.1 Le portrait de l'adolescente enceinte

Un certain nombre d'adolescentes enceintes désiraient consciemment le devenir. Parmi les jeunes filles qui poursuivent leur grossesse, plusieurs sont fortement influencées par leur entourage (ami, famille) ou actualisent ainsi un désir inconscient[21]. Ces adolescentes présentent des caractéristiques socio-démographiques communes. Elles proviennent généralement de milieux défavorisés ou à problèmes psychosociaux[8], et parfois, sont issues elles-mêmes de mères adolescentes[26].

7.1.2 Le vécu de la grossesse

L'ambivalence et la culpabilité retardent souvent le moment où l'adolescente sera confrontée à son état de grossesse. Elle tardera alors à consulter de sorte que près de 25 % d'entre elles ne seront vues qu'au troisième trimestre pour un suivi obstétrical. Le vécu de la grossesse est aussi caractérisé par la réponse à ses propres besoins. Avant qu'elle ne réalise qu'elle va accoucher, elle ne pourra, compte tenu de son développement personnel, faire les liens entre son mode de vie et le développement intra-utérin de l'enfant. Par exemple, au contraire des grossesses planifiées chez les mères plus âgées, l'alimentation et les bonnes habitudes de vie cèdent la place, chez l'adolescente, aux comportements valorisés par les pairs.

7.1.3 Le suivi prénatal

Étant donné les consultations tardives et la faible fréquentation des adolescentes aux rencontres prénatales, le suivi prénatal de ces dernières est très souvent réduit. Par contre, plusieurs études soulignent l'importance de ce suivi dans la diminution des complications obstétricales particulièrement chez les adolescentes[25,33,36]. La période prénatale est un moment clé de la prévention de la morbidité périnatale. Celle-ci est caractérisée principalement par la prématurité laquelle est responsable de 75 à 80 % de la mortalité et des handicaps majeurs chez 12 % des survivants[24]. Les rencontres pré-

natales touchant majoritairement une clientèle adulte de milieu socio-économique plus aisé, il y a peu de chances qu'elles parviennent à rejoindre les adolescentes. Une étude récente propose que ces dernières auraient des sujets d'intérêt bien définis touchant les différents aspects de la grossesse[10]. Elles désirent aussi être informées sur d'autres sujets tels que: problèmes familiaux et scolaires, les drogues et la médication, les problèmes psychosomatiques etc. L'information véhiculée ne peut donc aborder uniquement la grossesse mais doit aussi toucher à d'autres sujets qui concernent les adolescentes.

7.1.4 Les complications prénatales

Bien que la majorité des études du début des années 60 s'entendent pour dire que la grossesse à l'adolescence accroît les risques obstétricaux, il est dorénavant admis que l'âge de la mère n'est pas un facteur prédictif de complications obstétricales sauf chez les moins de 15 ans[32,34,36]. Les risques liés à la grossesse à l'adolescence seraient davantage dus à la situation psychosociale et économique de l'adolescente qu'à son âge.

Les complications physiques

La toxémie gravidique, l'anémie ferriprive, les déficiences nutritionnelles, les carences en soins médicaux, les dystocies céphalo-pelviennes sont les principales complications physiques remarquées en période prénatale[4,7,12,17,28,33,34,36].

Les complications psychologiques

Alors que les adolescentes devraient, à cet âge, se concentrer sur leurs propres besoins c'est-à-dire se détacher de la relation de dépendance envers leurs parents, développer des liens avec leurs pairs et accroître leur individualité, elles sont projetées dans une situation où elles doivent développer l'attachement avec l'enfant en devenir[31]. La superposition des deux phases d'adaptation que sont l'adolescence et la maternité provoque chez plusieurs adolescentes des sentiments dépressifs, de dépendance et de passivité en période prénatale[27]. Les adolescentes vivront les mêmes sentiments que les femmes plus âgées mais souvent de façon plus aiguë. Ainsi, elles seront plus ambivalentes et auront davantage de difficultés à intégrer la transformation de leur image corporelle[25].

7.2 L'accouchement à l'adolescence

L'accouchement est une étape importante dans l'évolution d'une grossesse. Mères et enfants sont mis à l'épreuve et exposés à des risques physiques et psychologiques. C'est un des moments où il est possible d'évaluer factuellement les effets du suivi prénatal, de l'âge de la mère, de sa santé et de son environnement. L'accouchement est aussi dans l'esprit et la vie des femmes, un événement d'une grande importance. Quelle que soit la façon dont il est vécu, il demeure au coeur de toutes, un souvenir vivace, merveilleux ou dramatique. L'accouchement à l'adolescence revêt-il la même signification? A-t-il des conséquences néfastes?

7.2.1 Vécu de l'accouchement

Le vécu de l'accouchement par les adolescentes est un sujet d'interrogation pour les adultes. On se demande si leur immaturité physique et psychologique peut influencer leurs réactions à l'accouchement, au bébé, et même à leur façon d'accoucher; on se questionne sur leur résistance à la douleur, sur l'impact de l'accouchement sur leur sexualité ou sur leur désir d'enfant dans le futur. Les réponses d'adolescentes ayant vécu un accouchement ainsi que les perceptions des adultes les ayant accouchées, permettent de mieux circonscrire ce sujet. Vu l'absence de recherches formelles dans ce domaine au Québec, nous avons réuni ici quelques perceptions des intervenants et des adolescentes.

Perceptions des intervenants

Règle générale, les adolescentes vivent l'accouchement positivement, même celles qui optent pour l'adoption. Elles ont un travail souvent plus rapide que les adultes, semblent dilater plus facilement. Elles poussent bien et accouchent souvent naturellement. Même si leur corps est encore en croissance, elles ont la capacité de devenir «super élastiques». «Elles font des merveilles».[39].

Cette facilité à accoucher est expliquée par les intervenants de diverses façons:

1. On les dit émerveillées, pas réellement en contact avec la réalité. L'accouchement comme la grossesse n'est encore qu'un rêve. Pour celles-là, le bébé est un petit être mignon que l'on emmaillote comme une poupée.
2. N'ayant aucune expérience, aucun préjugé, pas de théorie adulte, elles semblent plus confiantes. Elles se laissent aller et «ne nuisent pas à leur accouchement»[39].
3. Elles sont encore jeunes et dépendantes. Elles s'attachent à un intervenant qu'elles aiment, puis adoptent ses conseils et les exécutent spontanément. Leur détente adapte leur corps et les rend capables de surmonter le handicap de leur immaturité.
4. L'accouchement est aussi, pour les adolescentes, leur premier vrai défi de femme. Elles s'expriment souvent avec véhémence, extériorisent leur agressivité. L'accouchement et le bébé deviennent des sujets de revalorisation d'elles-mêmes. Elles sont fières d'avoir réussi.
5. Les adolescentes semblent avoir moins peur de l'accouchement que les adultes. C'est pour elles un événement normal. Et même si certaines craignent être trop «petites» pour accoucher un si «gros» bébé, la plupart ne s'en préoccupent pas vraiment.

En ce qui concerne la douleur, celle-ci n'apparaît pas être un élément particulier selon les intervenants. Les adolescentes ont des réactions diverses: elles apparaissent plutôt tolérantes et expriment leur douleur de façon plus intense, plus franche que les adultes. On rapporte «qu'elles ne se plaignent pas pour rien, ne perdent pas le contrôle, vivent les douleurs comme leur mère, parfois même n'ont pas de douleurs»[39]. Ces affirmations semblent

s'appliquer particulièrement aux très jeunes. La démarcation en termes de douleurs se fait surtout vers 16-17 ans. Au-delà de cet âge, les adolescentes vivent l'accouchement davantage comme des adultes: on remarque qu'elles dépendent alors moins de leurs parents et qu'elles sont accompagnées plus souvent d'un partenaire.

Les réactions immédiates des adolescentes à leur enfant lors de l'accouchement sont multiples; on note cependant un certain détachement. Soit que les jeunes filles ne prennent pas réellement conscience qu'il s'agit d'un enfant, ou encore qu'elles soient épatées de leur performance et donc moins attentives au nouveau venu, ou que tout simplement elles soient épuisées, désintéressées, dépassées par l'événement. Elles sont toutefois très contentes.

Perceptions des adolescentes

Les jeunes filles ont une perception de l'accouchement qui rejoint celle des intervenants. En général, elles considèrent que cela s'est bien passé. Elles ont assez bien toléré la douleur quoique plusieurs rapportent que le travail fut très pénible. Souvent, elles ont ressenti l'expulsion de façon agréable et en gardent un bon souvenir.

La présence de gens supportants lors de l'accouchement est importante; les plus jeunes adolescentes sont souvent accompagnées de leurs parents, surtout la mère. Les partenaires de grossesse sont plutôt absents à l'accouchement, ce qui les décoit: «elles ne veulent plus compter sur eux»[39]. Cependant, les garçons qui assistent sont les amis des jeunes filles de 16-17 ans: leurs réactions immédiates ne font pas l'objet de réflexions précises, on les connaît peu mais ils semblent vouloir s'impliquer. Lorsque les adolescentes sont seules, elles se fient beaucoup au personnel et apprécient le soutien apporté.

Pour ce qui est du bébé, les jeunes filles affirment avoir hâte de le voir. À la naissance, elles considèrent vivre une relation «belle et positive» avec leur enfant. Elles sont fières d'avoir fait ce bébé, même celles qui le donnent en adoption. Cependant, certaines jurent qu'elles n'en n'auront pas d'autres.

7.2.2 Complications à l'accouchement

L'accouchement, même s'il est assez bien vécu physiquement et psychologiquement par les adolescentes, est le théâtre de faits qui influencent la morbidité et la mortalité maternelle et infantile.

Chez la mère

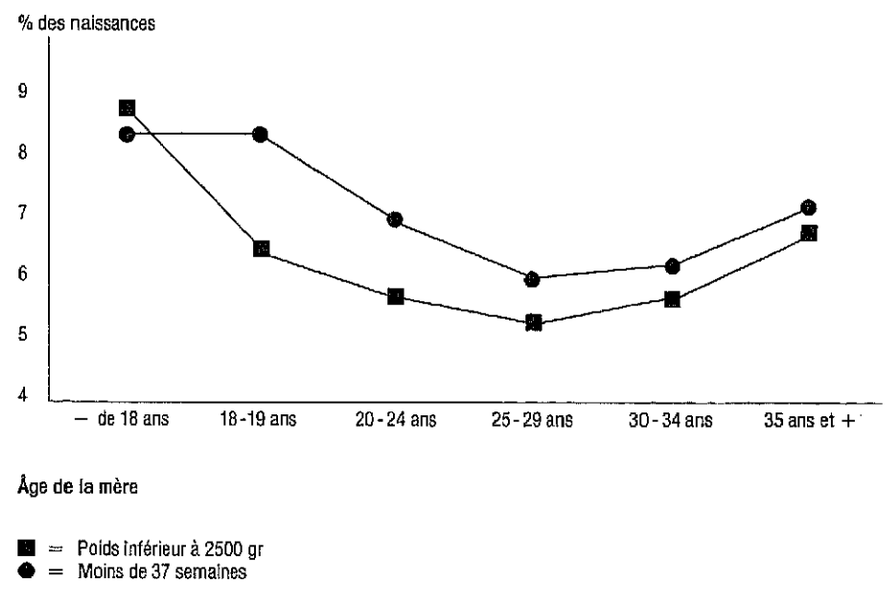
C'est pour la mère que la grossesse et l'accouchement réservent leurs conséquences les plus immédiates: la littérature attribue à l'ensemble des adolescentes, un risque supérieur de complications obstétricales diverses, surtout lié au statut économique et au très jeune âge[4,7,12,17,23,28,33,34,36]: dystocies céphalo-pelviennes, hémorragies, infections post-partum, pré-éclampsies. Le taux de césarienne chez les adolescentes est, pour sa part, identique ou inférieur à celui noté chez les femmes adultes, mais certaines

études rapportent un taux d'épisiotomie plus élevé[4,17,28,36]: notons que ce dernier est influencé par les différents modes de pratique médicale.

Chez l'enfant

Tout comme leurs mères, les enfants issus d'une grossesse à l'adolescence sont plus souvent victimes de complications médicales immédiates. On signale en effet un risque plus élevé de prématurité et de petits poids de naissance avec leurs conséquences à long terme[4,7,12,17,23,28,33,34,36]. En 1985, les plus hauts taux de naissances de poids inférieur à 2500 g se retrouvent chez les mères de moins de 20 ans. Par rapport à 1976, la situation des moins de 20 ans ne s'est que faiblement améliorée[40].

TABLEAU 16
% des naissances de poids inférieur à 2500 gr et d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines selon l'âge de la mère, Québec 1985



Source
Registre de la population, Bureau de la statistique du Québec, Calculs du Service Évaluation-Recouvrement de la santé.

Le taux de mortalité périnatale est deux à deux fois et demi plus élevé chez les bébés de mères adolescentes que chez ceux des femmes en général[6]. À ce sujet, on s'accorde pour incriminer davantage la pauvreté du suivi prénatal et des conditions économiques que l'âge de la mère[4,7,12,23,28,33,34,36].

En résumé, l'accouchement en lui-même est bien vécu par les adolescentes tant sur le plan physique que psychologique. Il est l'occasion de découvrir les complications immédiates de la maternité à l'adolescence qui dépendent beaucoup de l'environnement socio-économique et de la qualité du suivi prénatal. La période post-natale prend son importance lorsque l'on s'arrête au vécu global de la maternité et aux complications tardives.

7.3 Le post-natal

7.3.1 Le vécu

Une fois l'enfant arrivé: Comment ces adolescentes se comportent-elles ? Qu'est-ce qu'elles vivent ? Quels sont les facteurs de risques pour elles et/ou pour l'enfant ? Dans quelle situation sociale et économique se retrouvent-elles la plupart du temps ?

D'abord, le rôle de parent en est un qu'elles ne prévoyaient pas ; les adolescentes n'ont pas forcément le bagage pour y faire face. Elles deviennent mères avec les responsabilités que cela implique, au moment où leur propre développement psychologique, cognitif et social n'est pas encore achevé.

Or, une des premières qualités nécessaires au parentage, c'est d'être sensible aux besoins de l'enfant, ce qui développe chez ce dernier un sentiment de confiance et d'attachement dans un climat de sécurité[38]. À l'adolescence, on est avant tout centré sur soi, on est en développement. C'est un paradoxe d'avoir tout à découvrir de la vie d'adulte en même temps que de se centrer sur les besoins d'un enfant qui dépend de soi et de qui on est responsable. Juxtaposer les besoins de l'enfant avec ses besoins personnels demande à l'adolescente une performance hors du commun. Tous ces facteurs de difficulté se retrouvent décuplés lorsque l'adolescente est perturbée, carencée ou delinquante. Or, celles qui choisissent de poursuivre leur grossesse ont souvent ces caractéristiques comme nous l'avons mentionné précédemment.

Cependant, l'arrivée de l'enfant est en général préparée avec souci et avec grande joie. Elles ont un enfant à elles et pour elles. Il est beau, parfois la chambre est prête. À cette période, tout le monde s'occupe d'elles ; elles sont rapidement promues au rang des adultes. L'enfant est une partie de leur corps, de leur être.

Si donner naissance à un enfant est un événement très intense pour les adolescentes, la période post-natale les décourage parfois d'avoir d'autres enfants. « Elles tombent de haut avec leur bébé »[38]. On remarque d'ailleurs que nombre d'entre elles, redevenues enceintes, optent plus facilement alors pour l'avortement.

C'est le retour à la réalité :

- s'occuper d'un enfant de façon constante et régulière ;
- saisir les messages et les demandes du bébé, faire face aux maladies de l'enfant, aux pleurs de la nuit, à la peur qu'il respire mal ;
- la relation décevante avec l'ami ;
- la difficulté à quitter l'enfant et à trouver une gardienne ;
- la fatigue, le manque d'entrain ;
- les problèmes financiers, etc.

Elles aiment sans aucun doute cet enfant, mais l'image magique et idéale qu'elles s'en étaient faite et la réalité qu'elles sont en train de vivre les placent dans une certaine confusion. Les jeunes mères auront plus de difficultés qu'une mère adulte à vivre ces moments difficiles et ces frustrations. Elles peuvent même en avoir trop et réagir de façon spontanée et agressive. Certaines réussiront à trouver du support dans leur famille, chez des amis ou encore auprès des services médicaux ou sociaux. Pour d'autres, moins susceptibles d'aller chercher de l'aide, la période post-natale provoque une désorganisation et une instabilité affective.

7.3.2 Les complications et conséquences chez la mère

Une particularité de la maternité à l'adolescence réside dans le fait que, plus tard, la jeune femme aura eu plus d'enfants que ses consoeurs du même âge[20].

De 50 à 75 % des adolescentes enceintes abandonnent l'école secondaire ce qui réduit leurs possibilités au plan professionnel et leurs ambitions[5]. 43 % des mères, âgées de moins de 17 ans à la naissance de leur enfant et qui ont tenté de retourner à l'école, n'ont pas complété ou ont échoué leurs cours[5] ; 50 % n'y sont pas retournées après la naissance de l'enfant ; 17 % de la clientèle des centres pour mères en difficulté est analphabète[38].

Le marché du travail et des études, quand on est une jeune mère adolescente, peut paraître impossible. Comme elles auront moins d'habiletés académiques, elles seront confinées à un travail au salaire minimum et peu valorisant. Certaines intégreront le milieu des bars et des danseuses nues pour assurer leurs besoins financiers.

Par ailleurs, on constate la très forte proportion des jeunes mères qui se retrouvent à l'aide sociale en tant que chef de famille monoparentale. Selon les statistiques recensées pour cet avis, cette proportion varie de 44.1 % à 48.2 % selon les années. En y ajoutant les femmes avec conjoint, c'est 66.0 %, au début de l'année 1986, et 63.2 %, au début de l'année 1987, des jeunes mères dont les revenus proviennent de l'aide sociale. Ces revenus atteignent en moyenne 634.20 $ par mois. L'aide sociale va leur donner l'impression d'avoir de l'argent : elles en sont à leurs premières armes en gestion budgétaire. Elles réaliseront assez rapidement leur état de pauvreté ; ce dernier peut s'amoindrir lorsqu'elles réussissent à se faire accepter dans un HLM.

Les jeunes, encore instables, déménagent enfin très souvent: quelques mois chez les parents, quelques mois avec le conjoint en appartement, rupture et redéménagement avec un nouveau conjoint, retour chez la mère, etc.

Dans le cas où elles choisissent la maison parentale pour aller y vivre avec l'enfant, ce dernier sera accueilli par la famille élargie. La jeune mère se sentira moins isolée, trouvera une gardienne sur place plus facilement mais aura plus de difficulté à assumer son rôle de mère. Le conflit se situe entre elle et sa propre mère qui lui renvoie l'image de son incompétence, des reproches ou qui prend l'enfant en main comme si c'était le sien. Tôt ou tard, le besoin d'autonomie l'obligera à partir.

La grand-mère semble encore la personne la plus significative pour le bébé. Elle sera la plus fréquente gardienne. Certaines jeunes se fient à leur mère pour s'occuper de l'enfant de façon quotidienne: elles abandonnent alors ni plus ni moins leur rôle et contribuent à faire vivre à leur enfant l'abandon qu'elles-mêmes avaient vécu. Les sorties redeviendront prioritaires. Cependant, pour la plupart, elles ne sortiront plus ou du moins très rarement. Elles délaissent le groupe et se retrouvent plus souvent seules.

Par ailleurs, le père de l'enfant quittera souvent l'adolescente pendant la grossesse ou dans les deux (2) ans qui suivent. Les mères adolescentes devront donc assumer seule la responsabilité de leur enfant, en plus de vivre leur tristesse et le deuil de cette relation amoureuse. Leur désir de vengeance les feront plus tard refuser au père biologique le droit de rencontrer l'enfant. Elles négligent les conséquences de cette absence du père; elles chercheront plutôt à le remplacer par un nouvel ami pour combler leurs carences affectives et leur dépendance aux garçons. Elles pourront lui demander de remplacer le père et d'aimer l'enfant comme s'il était le sien. Débutant ainsi très tôt leur vie amoureuse et de couple, elles seront plus exposées à d'autres séparations et divorces[38], en quête d'une sécurité et d'une stabilité affective pour elles et l'enfant.

Chez les adolescentes provenant d'un milieu social à problèmes multiples, difficultés de couple, violence, abus physiques ou autres, bien-être social, qualité de vie relative, etc., cet état de stress généré par la venue d'un enfant sera vécu avec encore plus d'acuité et les risques de détérioration du lien mère-enfant augmenteront davantage.

Au dire des professionnels oeuvrant dans les centres pour mères en difficulté, ce sont celles-là qui risquent de devenir enceintes le plus précocément à l'adolescence. Ce sont des filles qui ont séjourné dans plusieurs centres d'accueil et qui ajouteront, dans quelques années, leur propre enfant carencé à la liste de la DPJ. 70 % des filles qui viennent aux centres ne vivaient pas dans leur famille au moment de l'admission. 63 % des clientes de Rosalie-Jetté à Montréal sont des admissions imposées par le DPJ [36]. La grossesse leur apparaît un semblant de solution pour faire face aux difficultés qu'un milieu hostile leur fait vivre.

7.3.3 Les complications et conséquences chez l'enfant

1. Conséquences physiques

Tout comme leurs mères, les enfants issus d'une grossesse à l'adolescence sont plus souvent victimes de complications médicales. S'ajoutant aux risques déjà notés de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance, on observe chez ces enfants plus d'hospitalisations, plus de consultations médicales et plus de maladies psychosomatiques [17,23,33].

2. Conséquences psychologiques

Certains auteurs[27] ont exploré les attitudes verbales, visuelles et comportementales des jeunes mères. Ils arrivent à la conclusion que l'interaction la plus fréquente chez les mères adolescentes est de type non-verbal. Elles peuvent s'occuper adéquatement des soins physiques de l'enfant mais sans presque jamais lui parler. Donc, très peu d'échanges verbaux alors que des interactions verbales et physiques combinées sont préconisées pour un développement sain de l'enfant. Conséquemment, on notera chez certains de ces enfants un retard de langage et de la sous-stimulation.

Pour d'autres, les caractéristiques comportementales de l'enfant ne seraient pas significativement différentes. L'enfant porte en lui-même son propre potentiel et sa propre personnalité. Il sera parfois capable de se sortir de situations peu propices à son développement émotionnel et cognitif. Des expériences terrain arrivent à prouver que l'attachement de la jeune mère à son enfant est un des éléments les plus déterminants et que le support de l'entourage favorise une relation affective, significative et sécurisante. L'enfant se développera alors adéquatement dans son milieu, peu importe l'âge de sa mère. Cependant au-delà de cette interaction positive, il faudra toujours tenir compte des difficultés du contexte familial, social et économique.

3. Conséquences sociales

Nous avons discuté des complications sociales liées à la grossesse à l'adolescence, l'isolement, le manque de scolarisation, le travail peu rémunéré, les déménagements, l'aide sociale, la pauvreté. Ces différents impacts caractérisent généralement les conditions de vie des milieux défavorisés. Si les grossesses à l'adolescence posent un certain nombre de risques, elles en posent doublement parce qu'elles se vivent dans de tels milieux.

Les conséquences psychosociales notées chez l'enfant naissant ne sont que le prélude à une série de conséquences qui toucheront le développement futur de ces enfants: carence affective, retard staturo-pondéral, problèmes de langage ou de développement, etc.

Toute la problématique des enfants mal-aimés entre en jeu: négligence chronique, abus physique et sexuel, violence, abandon, incapacité parentale. Cependant, nous n'avons pas pu recueillir à la Direction de la Protection de la Jeunesse des données sur le rapport entre les signalements et l'âge de la mère.

7.4 Le père adolescent ou le partenaire de la mère adolescente

Lorsqu'il est question de grossesse à l'adolescence, les recherches décrivent surtout la situation de l'adolescente. Ceci reflète d'ailleurs les recherches sur la naissance où l'accent est d'abord mis sur l'expérience de la femme. Pourtant si le jeune homme est, lui aussi, impliqué dans la conception, il le semble plus ou moins dans les décisions qui s'en suivent.

Peu d'études nous fournissent un portrait démographique détaillé du père adolescent. Une analyse sommaire des données provenant de l'attestation d'une déclaration de naissance vivante (formule SP-1) pour le Québec nous fournit le tableau 17.

Comme l'indique la plupart des enquêtes, ce tableau nous montre que le père d'un enfant né d'une mère de moins de vingt ans est plus âgé que cette dernière. Au Québec pour les cinq dernières années, 54 % de ceux-ci sont plus âgés et de ce nombre près de 68 % ont entre 20 à 24 ans. Par ailleurs, il est important de noter que plusieurs pères sont absents au moment de l'accouchement (31 %). Bien que nous ne pouvons présumer que tous ceux-là ne veilleront pas au bien-être de l'enfant, certains pouvant être absents pour toutes sortes de raisons (pression sociale, peur de l'accouchement, etc.), être mère célibataire est davantage le fait de femmes de moins de 20 ans, les conjoints des femmes plus âgées étant identifiées dans plus de 90 % des cas. Cette donnée soulève la question de l'information sur la parentalité. En effet, pouvons-nous présumer qu'une sensibilisation à la parentalité et aux responsabilités qu'elle entraîne envers l'enfant, amènerait un plus grand nombre d'hommes à assumer leur paternité ?

TABLEAU 17
Répartition selon l'âge des pères d'enfants nés de mères de moins de vingt ans pour les années 1980-1985 au Québec

	1980		1981		1982		1983		1984		1985		moyenne
	Nbr.	%	Nbr.	%	Nbr.	%	Nbr.	%	Nbr.	%	Nbr.	%	%
Père inconnu	1733	33	1488	31	1437	31	1245	30	1213	31	1135	30	31
<20 ans	448	9	454	9	451	10	381	9	371	9	345	9	9
<20 ans[1]	169	3	192	4	198	4	208	5	212	5	208	6	4
20-24 ans	2001	38	1827	38	1757	38	1613	39	1413	36	1419	38	37
25 ans et +	852	16	821	17	799	17	730	17	705	18	628	17	17
TOTAL	**5203**	**100**	**4782**	**100**	**4642**	**100**	**4177**	**100**	**3914**	**100**	**3735**	**100**	**100**

1. Ces adolescents sont pères d'enfants nés de mères âgées de plus de vingt ans.
Source: Registre de la population, Bureau de la Statistique du Québec.
Calcul du Service Évaluation-Recouvrement de la santé.

Le père géniteur constitue entre tous celui qui est le plus informé de l'état de grossesse de l'adolescente : jusqu'à 90 % en sont les premiers informés. Non seulement celle-ci l'implique dans la décision, mais le père semble vouloir en être informé[20,22,29].

Dans le cas où le jeune homme est consulté et en accord avec la décision de poursuivre la grossesse, son attitude semble plus positive. Lorsque la décision de poursuivre la grossesse est partagée, le jeune homme est moins susceptible d'être déprimé[30]. D'ailleurs, certains auteurs notent qu'au contraire de l'image du jeune irresponsable souvent véhiculée, le futur père est très ému et apporte son support à l'adolescente[1,29]. Il ne faut pas non plus oublier l'influence des parents dans la prise de décision que fait l'adolescent. D'ailleurs au dire des responsables des centres d'hébergement pour femmes en difficulté, plusieurs familles inciteraient le jeune homme à se dégager de ses responsabilités. Cette attitude pourrait expliquer une partie du grand nombre de « pères inconnus » notés dans le tableau présenté précédemment.

Le désir de l'adolescente de poursuivre la grossesse peut amener le jeune homme, dans le cas où celui-ci ne veut pas assumer à ce moment sa paternité, à rompre sa relation[9]. Par ailleurs, pour d'autres, ce moment leur permettra d'envisager cette paternité comme une possibilité de donner à l'enfant une image du père différente de celle qu'ils ont connue[13]. Quelles que soient les réactions notées par ces recherches, il ne faut pas oublier que l'adolescent est à se définir en tant qu'adulte. Une paternité précoce l'oblige à adopter un rôle qu'il ne prévoyait pas. La superposition de deux phases d'adaptation aussi importantes ne peut que provoquer l'ambivalence, un sentiment aussi ressenti par l'adolescente.

L'image sociale du père adolescent est similaire à celle de la mère adolescente. Issu souvent d'une famille de parents adolescents, il aura proportionnellement plus de difficultés scolaires que ses pairs[18]. La paternité l'amènera à quitter l'école et accepter un emploi peu rémunéré. Il subira lui aussi l'isolement social, aura une moins bonne estime de soi, sera ambivalent et développera un sentiment de rivalité envers son propre père. L'avènement de la paternité chez l'adolescent aiguisera l'immaturité de son développement personnel et social[11].

Enfin l'environnement familial de ces jeunes joue un rôle important. La famille peut, comme nous l'avons déjà mentionné, influencer la prise de décision. De plus, même après la naissance de l'enfant, certains adolescents continueront à habiter soit chez leurs parents, soit chez les parents de leur amie[16,19]. Cette situation, bien qu'offrant un soutien économique et social, peut freiner l'apprentissage du parentage et nuire à l'évolution de l'intimité du couple.

La paternité est une réalité complexe et exigeante. Elle doit, tout comme la maternité, s'intégrer à un développement personnel et social qui permette d'assimiler progressivement et harmonieusement les rôles et responsabilités du parentage. Bien que les partenaires des adolescentes enceintes puissent être plus âgés, il n'en demeure pas moins que bon nombre d'entre eux n'ont pas encore terminé leur adolescence avec tout ce que cette période amène d'essais, d'erreurs et de tentatives de définition d'une personnalité adulte. Si l'avènement d'une grossesse à un âge précoce précipite l'adolescente dans une situation sociale peu enviable, elle entraîne aussi de nombreuses répercussions chez le jeune homme. S'il apparaît important dorénavant d'inclure

l'homme dans toutes les phases de la grossesse, pour graduellement faire émerger une paternité responsable et ce, tout à l'avantage de l'enfant à naître, il semble doublement important de tenir compte du soutien requis par l'adolescent ou le jeune adulte qui vit cette situation.

CHAPITRE VII

RÉFÉRENCES

1. BARRETT, ROBERT L., ROBINSON, BRYAN E., «A Descriptive Study of Teenage Expectant Fathers», *Family Relations*, vol. 31, no 3, July 1982, pp. 349-352.
2. BLANCHET, Suzanne, «Adolescentes et mères déjà», dans *L'Une à l'autre*, Hiver 1986, 13 pages.
3. BONNEAU, Daniel, «Les pères adolescents ont-ils une paternité?», dans l'*Autonhomme*, vol. 3, no 1, Février 1987.
4. CÔTÉ, B., «*Adolescent Pregnancy and Consequent Priorities in Community Health*», Revue de littérature, texte non publié présenté dans le cadre d'un diplôme en épidémiologie à l'Université McGill, 1986.
5. DESROSIERS-LAMPE, Marie et FRAPPIER, Jean-Yves, «La grossesse a l'adolescence», dans l'*Union médicale du Canada*, pp. 6-8.
6. Family and Child Health Unit and al., «*Adolescent Pregnancy and Sexuality: a Background Paper*», August 1985, 31 pages.
7. FELICE, M.E., SHRAGG, P., JAMES, M. and HOLLINGSWORTH, D.R., «Clinical Observations of Mexican-American, Caucasian, and Black Pregnant Teenagers», *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 7, no 5, pp. 305-31-, 1986.
8. FRAPPIER, J.Y. et al., «La grossesse et l'avortement chez l'adolescente» in «*Médecine de l'adolescence, une médecine spécifique*», Hôpital Ste-Justine, 1985, 414 pages.
9. GERSHENSON, Harold P., «Redefining Fatherhood in Families with White Adolescent Mothers», *Journal of Marriage and the Family*, vol. 45, no 3, august 1983, pp. 591-599.
10. GIBLIN, P.T., POLAND, M.L., SACHS, B.A., «Pregnant Adolescents' Health-Information Needs», *Journal of Adolescent Health Care*, july 1986, pp. 168-172.
11. Group for the Advancement of Psychiatry, «*Crises of Adolescence. Teenage Pregnancy: Impact on Adolescent Development*», Brunner Mazel, New-York, 1986, 77 pages.
12. HARDY, J.B., KING, T.M. AND REPKE, J.T., «The Johns Hopkins Adolescent Pregnancy Program: An Evaluation», *Obstetrics and Gynecology*, vol. 69, no 3, part 1, pp. 300-306, 1987.
13. KLIMMAN, Debra O., SANDEZ, Joelle H., «*The Teen Parent Collaboration: Reaching and Serving the Teenage Father*», Bank Street College of Education, September 1985, pp. 1-8.
14. LAMBERT, Yves et LEDUC, Cécile, «*Protocole de programme, grossesse à l'adolescence*», Juin 1986.
15. LAVOIE, Hélène et LAVOIE, Francine, «Problèmes liés à la grossesse et à la maternité chez les adolescentes», *Apprentissage et socialisation en piste*, vol. 9, no 4, Décembre 1986, pp. 221-229.
16. LAVOIE, Francine, «*Les mères adolescentes: Aperçu démographique et étude de leurs conditions psycho-sociales lors du premier semestre suivant la naissance*», Université Laval, Québec, 1985.
17. LEPPERT, P.C., BRICKNERNAMEROW, P. and BARKER, D., «Pregnancy Outcomes among Adolescent and Older Women Receiving Comprehensive Prenatal Care», *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 7, no 2, pp. 112-117, 1986.
18. The Mayor's Office on Adolescent Pregnancy and Parenting Services, «*A coordinated Strategy on the Issues of Adolescent Pregnancy and Parenting in New York City*», City of New York, April 1986, 47 pages.
19. MECKLENBURG, M.E., THOMPSON, P.G., «The Adolescent Family Life Program as Prevention Measure« *Public Health Reports*, vol. 98, no 1, jan.-feb. 1983.
20. MILLER, Shelby H., «*Children as Parents. Final Report on a Study of Childbearing and Child Rearing Among 12 to 15 Years-Olds*», Child Wealfare League of America, 1983, 110 pages.
21. MORIN-GONTHIER, M., VEILLE, J.C., BERNARD, G., BIELMANN, P.: «La grossesse chez l'adolescente: une grossesse à risque?», *Union Medicale du Canada*, III, 1982, pp. 334-341.
22. MORIN-GONTHIER, M., LORTIE, G., «The Significance of Pregnancy Among Adolescents Choosing Abortion as Compared to Those Continuing Pregnancy», The *Journal of Reproductive Medecine*, vol. 29, no 4, April 1984, pp. 255-259.

23. Morris, N.M., «The Biological Advantages and Social Disadvantages of Teenage Pregnancy», *American Journal of Public Health*, vol. 71, no 8, pp. 796, August 1981.

24. MOUTQUIN, Jean-Marie, «Prévenir la prématurité», *Le Clinicien*, avril 1987, pp. 65-71.

25. O'LEARY, K.M., SHORE, M.F., WIEDER, S., «Contacting Pregnant Adolescents: Are We Missing Cues?», *The Journal of Contemporary Social Work*, May 1984, pp. 297-306.

26. OLSON, L., «Social and Psychological Correlates of Pregnancy Resolution Among Adolescent Women», *Journal of Orthopsychiatry*, July 1980.

27. PETERSON, C., SRIPADA, B., BARGLOW, P., «Psychiatric Aspects of Adolescent Pregnancy», *Psychosomatics*, vol. 23, no 7, July 1982, pp. 723-733.

28. PINSONNEAULT, O., «*La grossesse chez l'adolescente, la contraception post partum*», conférence prononcée dans le cadre du congrès scientifique: «L'omnipraticien et la périnatalité», organisé par la F.M.O.Q., mars 1987.

29. REDMOND, Marcia A., «Attitudes of Adolescent Males Toward Adolescent Pregnancy and Fatherhood», *Family Relations*, no 34, July 1985, pp. 337-342.

30. ROSALIND, Vaz, SMOLEN, Paul, MILLER, Charlene, «Adolescent Pregnancy: Involvement of the Male Partner», *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 4, no 4, dec. 1983, pp. 246-250.

31. SADLER, L.S., CATRONE, C., «The Adolescent Parent: A Dual Developmental Crisis», *Journal of adolescent health care*, april 1983, pp. 100-105.

32. Santé et Bien-être Social, «*Adolescent Pregnancy and Sexuality: A Background Paper*», Direction de la Promotion de la Santé, Ottawa, août 1985 (document de travail).

33. SCHOLL, T.O., MILLER, L.K., WEXBERG SALMON, R., CARR COFSKY, M., and SHEARER, J., «Prenatal Care Adequacy and the Outcome of Adolescent Pregnancy: Effects on Weight Gain, Preterm Delivery and Birth Weight», *Obstetrics and Gynecology*, vol. 69, no 3, part I, pp. 312-316, march 1987.

34. SUKANICH, A.C., ROGERS, K.D., and MCDONALD, H.M., «Physical Maturity and Outcome of Pregnancy in Primiparas Younger than 16 Years of Age», *Pediatrics*, vol. 78, no 1, pp. 31-36, July 1986.

35. THÉBAULT, Marguerite, «La grossesse à l'adolescence: risques médicaux et psychosociaux», *L'Actualité Médicale*, 15 janvier 1986, pp. 26-27.

36. THÉBAULT, M., et FILION, G., «*Grossesse et Adolescence. Revue de littérature et éléments de problèmatique*», DSC Hôpital Saint-Luc, 1984.

37. TREMBLAY, Danièle, FORGET, Gilles et LAVOIE, France, «*L'expérience de la maternité chez l'adolescente: état de la situation, inventaire du support offert et pistes d'action*», DSC Honoré-Mercier, Octobre 1986, 138 pages.

38. Rencontre avec les directeurs de Centres pour mères en difficulté, mars 1987.

39. Interviews de plusieurs intervenants et adolescentes: documents non autographiés disponibles.

CHAPITRE VIII
L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

L'interruption volontaire de grossesse devient un choix de plus en plus retenu par les adolescentes enceintes, en particulier chez les plus jeunes. Les statistiques nous rapportent qu'environ les deux tiers des adolescentes de moins de 18 ans en situation de grossesse optent pour cette solution. Cette décision n'en est pas une de facilité, contrairement à ce que pensent un grand nombre de gens. Elle génère beaucoup d'émotions et de stress. Les adolescentes ne considèrent pas l'avortement comme un moyen contraceptif, mais bien comme une solution à un événement qui n'arrive pas au bon moment et pour lequel elles ne se sentent pas de capacités.

8.1 Les raisons qui motivent ce choix

Certaines raisons vont motiver, chez les adolescentes, le choix d'interrompre la grossesse. Plusieurs d'entre elles s'estimeront trop jeunes et surtout peu préparées à envisager la possibilité de devenir mère et de devoir éduquer un enfant. Elles considèrent cette responsabilité trop grande pour elles-mêmes et elles opteront pour l'avortement.

De plus, la majorité de ces jeunes filles sont étudiantes et désirent poursuivre leurs études. L'arrivée d'un enfant n'est pas prévue et elle est considérée comme un obstacle à leurs projets actuels et futurs.

Aussi à cette étape de la vie, les liens affectifs qui unissent les garçons et les filles sont caractérisés par de l'instabilité et peuvent se terminer à plus ou moins brève échéance. Comment peut-on poursuivre une grossesse dans ces conditions lorsqu'on considère la venue d'un enfant comme un projet qui s'inscrit dans une démarche de couple[3]?

Pour d'autres qui ont décidé d'avoir une vie sexuelle active et qui choisissent d'utiliser un moyen contraceptif dans le but d'éviter toute conception, l'échec contraceptif est la plupart du temps pallié par l'avortement, solution qui est alors privilégiée. Enfin, quelques adolescentes qui ont été victimes de viol ou d'inceste ressentent que le seul choix valable est l'IVG.

8.1.1 Caractéristiques des adolescentes qui choisissent l'IVG

Les adolescentes qui pour les raisons énumérées précédemment ont choisi l'IVG, possèdent des caractéristiques différentes de celles qui poursuivent leur grossesse. Elles sont issues de milieux socio-économiques moyens

ou plus élevés. L'avortement est généralement le choix des adolescentes qui connaissent moins de perturbations socio-familiales. Elles sont plus indépendantes et autonomes. Elles ont des buts éducatifs et professionnels plus précis. Elles ont aussi une meilleure capacité de se projeter dans le futur, ce qui fait que la planification de leur avenir est déjà amorcée. Elles peuvent donc mieux percevoir l'impact de la poursuite de la grossesse sur la trame de leur vie. Elles ont généralement des principes religieux plus libéraux. Pour la plupart d'entre elles, on retrouve dans leur entourage ou dans leurs connaissances quelqu'un qui a déjà vécu un avortement. De plus, on retrouve aussi les adolescentes très jeunes que les pressions du milieu risquent fort d'orienter vers l'avortement en raison de leur âge. Elles ne présentent pas nécessairement les caractéristiques décrites précédemment, mais l'issue choisie est la même. Enfin, à l'annonce d'une nouvelle grossesse, certaines mères adolescentes peuvent choisir l'IVG.

8.1.2 Vécu des adolescentes qui choisissent l'IVG

Les adolescentes enceintes qui interrompent leur grossesse font un choix aussi difficile que celles qui décident de la poursuivre. Un grand nombre d'entre elles sont opposées à l'avortement, surtout chez les plus jeunes. Elles considèrent ce geste comme extrêmement grave, mais lorsqu'elles se retrouvent confrontées à cette réalité, elles revisent souvent leur position et optent pour cette issue, non sans avoir vécu une certaine période d'ambivalence.

Selon les statistiques présentées précédemment, 85 % des adolescentes consultent pour une IVG à moins de 12 semaines de grossesse. Certaines adolescentes racontent qu'elles ont vécu depuis le retard des menstruations jusqu'à l'arrivée à la consultation, une période de véritable cauchemar car pour plusieurs d'entre elles, les démarches sont complexes. Elles vivent soit dans des milieux ruraux ou semi-urbains où les services d'interruption de grossesse sont souvent inexistants, soit dans les grands centres où les services sont plus accessibles mais pas nécessairement adaptés aux besoins des jeunes. Elles ont peur d'être mal accueillies, pointées du doigt et aussi jugées. De plus, se retrouver en face d'une intervenante qu'elles ne connaissent pas pour les aider à prendre une décision aussi importante, se révèle très insécurisant.

En général, comme il est mentionné antérieurement, les adolescentes ne considèrent pas l'avortement comme un moyen de contraception, mais elles sont incapables de mener à terme une grossesse et d'élever un enfant pour toutes sortes de raison : l'âge, les relations avec les parents, l'instabilité du lien avec le père géniteur etc.

L'attitude de certaines adolescentes vis-à-vis l'interruption de grossesse nous semble parfois vide d'émotion. Elles paraissent indifférentes face à ce qui se passe. D'autres ressentent une grande angoisse. Cette décision n'est pas prise à la légère ; elles vivent un déchirement intérieur qu'elles expriment de différentes façons[7]. Pour certaines adolescentes, l'ambivalence demeurera présente pendant une certaine période vu l'irréversibilité du choix. Quelques-unes qui avaient opté pour l'avortement dans un premier temps, changeront d'idée et poursuivront la grossesse. D'autres par contre, qui avaient choisi de poursuivre la grossesse, opteront pour son interruption.

Par la suite, même lorsque la décision est bien assumée, elles pourront vivre une certaine culpabilité et nourrir des craintes quant aux aspects techniques de l'intervention, des douleurs qu'elles pourraient ressentir et des conséquences médicales qui pourront survenir. Ces craintes doivent être exprimées afin qu'elles vivent cette expérience avec moins d'anxiété.

La décision de recourir à l'avortement n'est pas toujours une démarche de couple. Chez certaines, ce choix se fait sans en parler au partenaire car l'aventure n'était que passagère. Chez d'autres, le lien avec l'ami n'existe plus au moment de la confirmation de la grossesse ou se rompt peu de temps après. Donc, elles doivent vivre cette démarche sans le support du géniteur. Par contre, environ 40 % des adolescentes qui choisissent l'avortement maintiennent un lien avec le partenaire ; 25 % d'entre eux les soutiendront et les accompagneront tout au long des procédures et même après l'avortement[7].

Chez les plus jeunes adolescentes, la mère est souvent la personne la plus significative. Le père de l'adolescente n'est habituellement pas informé de l'événement. Les adolescentes craignent d'avertir leurs parents. Elles savent que cette annonce perturbera momentanément les relations familiales[7]. Selon les études, on observe qu'entre 40 et 60 % des parents ne sont pas avisés de la situation[1].

Certaines adolescentes trouvent un meilleur support auprès d'une grande amie à qui elles peuvent se confier au moment de prendre leur décision. D'autres vont se tourner vers l'infirmière de l'école pour trouver cet appui ou vers un ou une adulte de leur entourage avec qui elles pourront verbaliser leurs sentiments de crainte et de tristesse. Par contre certaines demeureront seules pour faire ce choix et pour vivre cet événement.

Selon Audet, la façon de percevoir et de vivre l'avortement chez les adolescentes peut dépendre des difficultés rencontrées pour l'obtenir d'où l'importance de l'attitude des intervenants. Lorsque cette attitude est positive, elle aide à diminuer de beaucoup l'anxiété, la culpabilité et à augmenter l'estime de soi[3].

8.2 L'interruption volontaire de grossesse

Au Québec, 85 % des avortements se font dans les dix premières semaines qui suivent la dernière menstruation et 15 % entre 12 et 21 semaines. Moins de 1 % sont faits au-delà de 21 semaines de grossesse. Il semble que les adolescentes consultent et aient leur avortement à un âge de grossesse plus avancé que les adultes[12,15]. Les adolescentes constituent donc une classe à part et retiennent notre attention.

8.2.1 Aspect physique et médical

Tout d'abord, le jeune âge en soi ne semble pas accroître le risque de complications sérieuses à court terme et pourrait même avoir un effet protecteur. L'IVG est une intervention chirurgicale mineure dont les taux de mortalité et de morbidité sont extrêmement bas, plus faibles que ceux liés à l'usage de contraceptifs oraux ou à la grossesse non planifiée et menée à terme[1,4,6,8,9,12,14,15,16].

Deux facteurs influencent particulièrement les complications qui peuvent survenir et ils sont parfois dépendants l'un de l'autre : ce sont l'âge de la grossesse et la technique d'avortement utilisée (tableaux 18 et 19). À mesure que l'âge de la grossesse augmente, le taux de complications s'accroît, passant de .27 % à 7 semaines de grossesse à 2.16 % à 17 semaines de grossesse[3]. Quant aux techniques, les avortements par aspiration sont moins dangereux que les avortements par curetage conventionnel ou que les instillations de prostoglandines ou solutés salins (voir tableau 19 et 20). Enfin, l'anesthésie générale est plus risquée que l'anesthésie régionale.

Au Québec, la technique d'aspiration-curetage sous anesthésie régionale est la plus couramment utilisée pour les avortements du premier trimestre. Ceux qui sont pratiqués au deuxième trimestre utilisent des techniques différentes selon les centres. Notons que les avortements du deuxième trimestre créent un fardeau financier personnel et institutionnel plus lourd et sont à l'origine de complications psychologiques plus fréquentes que ceux du premier trimestre. A mesure que la grossesse avance donc, l'avortement est plus complexe et suppose l'utilisation de techniques chirurgicales plus dangereuses pour la santé. Les adolescentes ayant des avortements à un âge de grossesse plus avancé courent plus de risque que les adultes d'avoir des complications. Dans la situation actuelle, l'avortement à l'adolescence peut donc constituer un risque pour la santé et devrait être fait tôt dans la grossesse et avec des techniques reconnues et sécuritaires. Toutefois, on s'accorde à reconnaître que l'avortement à l'adolescence est associé à une moins grande mortalité et morbidité que la grossesse à terme à cet âge.

TABLEAU 18
Taux de complications graves selon l'âge gestationnel

Nombre de semaines écoulées depuis les dernières règles	Taux de complications graves
<6	0,36
7-8	0,27
9-10	0,45
11-12	0,77
13-14	1,37
15-16	1,91
17-20	2,16
21-24	2,26

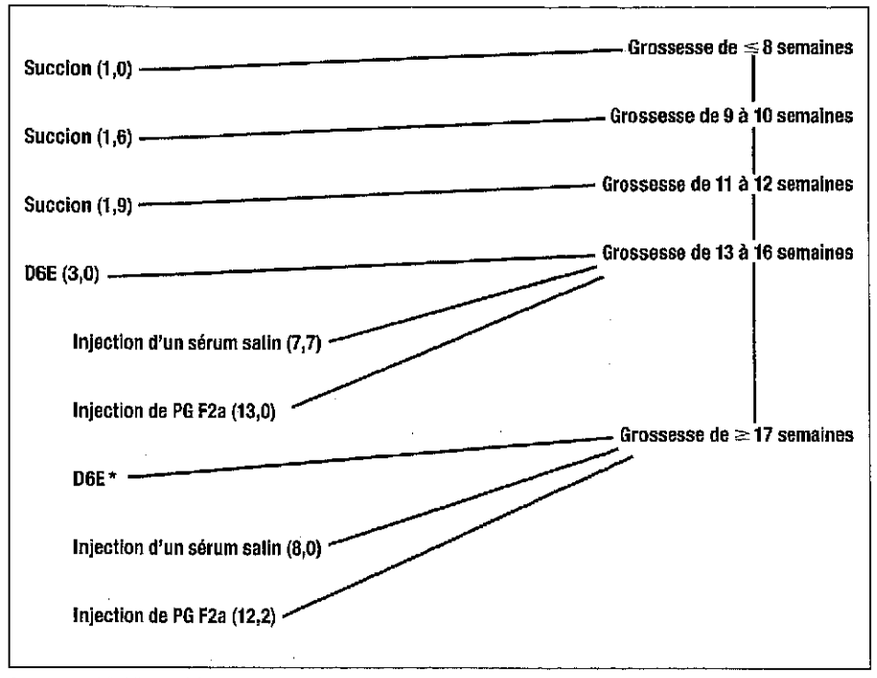
Par 100 avortements
Source : Référence 3,47
(Traduction de l'éditeur)

TABLEAU 19
Taux de complications graves selon le type d'intervention

Type d'intervention	Taux de complications graves
Avortement par succion	0,4
Avortement par curetage	0,9
Injection d'un abortif	1,9
Hystérotomie	14,9
Hystérectomie	16,1

Par 100 avortements
Source : Référence 3,47
(Traduction de l'éditeur)

TABLEAU 20
Taux de complications selon l'âge gestationnel et le type d'intervention utilisée



Ces taux sont établis par référence au taux obtenu avec la succion au cours d'une grossesse de ≤ 8 semaines.
* Moins de 5 cas pathologiques, ce qui ne permet pas d'établir une comparaison.
Source : Référence 22.
(Traduction de l'éditeur)

8.2.2 Vécu émotionnel

À la question, « Comment as-tu vécu ton avortement », la plupart des jeunes répondent : « Ça fait mal »[16]. Cela fait mal physiquement, émotivement et moralement.

Sur le plan physique, les jeunes filles disent avoir ressenti des douleurs intenses, les premières de ce genre qu'elles aient jamais eu à vivre; elles trouvent que l'intervention est plus douloureuse que ce qu'elles pensaient. Plusieurs rapportent qu'elles ne revivront plus jamais une telle expérience; d'autres vont même jusqu'à souhaiter ne plus avoir de relations sexuelles. D'ailleurs, une étude faite sur le seuil de la douleur lors de l'avortement rapporte que l'adolescence, au même titre que l'affect dépressif, l'anxiété, l'ambivalence et la dysménorrhée, constitue un facteur de douleur augmentée[4]. Il est étonnant cependant de mettre en parallèle l'avis des intervenants pratiquant ou assistant les avortements. D'un commun accord, ceux-ci se disent étonnés de la « décontraction », avec laquelle les adolescentes vivent l'avortement. Ils sont surpris que tout se passe aussi bien. « Elles supportent mieux la douleur que les adultes », « elles vivent l'intervention de façon mature », « elles récupèrent facilement »[16]. « Elles donnent parfois même l'impression, surtout pour les plus jeunes, qu'elles ne sentent pratiquement rien »[1]. Négation des émotions? Manque de communication? Courage? En vérité, même si les adolescentes ont très peur de l'aspect technique et physique de l'avortement, même si leurs peurs sont objectivées et parfois même supplantées par les douleurs qu'elles ressentent, elles supportent cet événement de façon remarquable. Elles ont une capacité physique et une résistance évocatrice du potentiel vital de leur âge.

Sur le plan psychologique, les adolescentes en moyenne, ont des réactions légèrement plus négatives que les adultes[1]. Cependant pour la plupart des femmes, la réaction prédominante immédiate après l'avortement est le soulagement. Plusieurs facteurs influencent l'impact psychologique de l'avortement sur les adolescentes. Tout d'abord, les jeunes filles ayant déjà présenté des troubles affectifs sont plus à risque d'en ressentir lors de l'avortement. D'autre part, l'ambivalence, une décision influencée par l'avis d'autrui, l'absence de support des parents et de l'ami, une attitude négative du personnel soignant sont des éléments handicapant le vécu des adolescentes en rapport avec l'événement. Fort heureusement, les jeunes filles sont rarement seules lors de l'avortement. Les plus jeunes sont presque toujours accompagnées de leur mère, parfois de leurs deux parents. Les compagnons sont là de temps en temps. Il est à noter que les réactions des garçons sont peu connues mais seraient, selon certains auteurs, comparables à celles des jeunes filles. Les jeunes hommes, lorsqu'ils participent, peuvent apporter leur soutien. En général, ils accompagnent surtout les jeunes filles de 16-17 ans. Les adolescentes qui par contre, ne peuvent être accompagnées de leurs parents ou leur ami, reçoivent parfois l'assistance d'une amie, d'une proche, ou de l'infirmière de l'école. Le personnel soignant est en général ouvert à l'avortement et on rapporte peu de plaintes quant à ses qualités humaines. L'avortement est donc un épisode douloureux physiquement et psychologiquement mais non dramatique.

8.3 Le post-IVG

L'avortement entraînera un certain nombre de réactions d'ordre physique ou émotive plus ou moins marquées chez les adolescentes.

8.3.1 Les complications médicales

Les complications médicales qui peuvent survenir suite à l'interruption de grossesse dépendent de l'âge de la grossesse et des méthodes utilisées pour l'interrompre. Elles sont généralement mineures et facilement traitées (infections, fièvre, saignements plus abondants et prolongés[8]). Le tableau 21, illustre les complications de l'avortement. Le taux chez les femmes et les adolescentes est de 320/100 000 avortements soit moins de 1 %. Elles se divisent en trois: celles qui surviennent dans les vingt-quatre heures suivant l'avortement qu'on appelle immédiates, les retardées, moins de trente (30) jours après l'intervention et les tardives au delà de trente (30) jours après l'IVG. Il existe cependant une sous-estimation du nombre de complications médicales à l'heure actuelle car le suivi médical post-IVG est déficient; en effet, les adolescentes n'aiment pas se présenter pour un contrôle et il y a un nombre insuffisant de ressources pour assurer la relance.

TABLEAU 21
Taux de complications à l'avortement et réactions immédiates, retardées ou tardives

Complications de l'avortement: – 320/100 000 avortements (<1 %)
Immédiates (<24 hres): – Perforation utérine – Hémorragie – Lacération du col – Troubles de coagulation (avec les instillations salines) – Réaction de l'anesthésie
Retardées (>30 jours): – Rétention placentaire et/ou foetale – Infection pelvienne (1 % des IVG) – Thrombophlébite profonde et embolie pulmonaire (avec les instillations) – Persistance de grossesse
Tardives (>30 jours): – Stérilité primaire suite à une hystérectomie (0.9/ 10 000 – CANADA 1984) – Stérilité secondaire suite à une infection pelvienne (0.3/1 000 – SUÈDE 1980 – Grossesse ectopique (études contradictoires) – Immunosensibilité au RH (+) – Petits poids de naissance et prématurité (études non statistiquement significatives) – Avortement spontané (statistiquement significatif avec avortement du 2e trimestre et autres techniques telle que curetage conventionnel)

Source: Tirée des références[3,5,7].

8.3.2 Les réactions émotives

Après le soulagement ressenti dès la fin de l'intervention, l'adolescente se retrouve aux prises avec des émotions diverses qui peuvent varier selon l'adolescente elle-même et aussi selon le milieu dans lequel elle vit. L'interrup-

tion de grossesse est exprimée comme «une brisure». «L'avortement ça se passe dans notre coeur... on ne peut pas vivre cette situation sans avoir un sentiment» exprime une adolescente.

L'adolescente qui a eu recours à l'avortement doit vivre un deuil: deuil de la joie d'être féconde, deuil du désir d'enfant qui était là, mais pas au bon moment, deuil de l'image de soi parce qu'on n'aurait pas voulu qu'une chose pareille arrive[11]. Ce deuil est normal et il faut la laisser l'exprimer et lui permettre d'en reparler. La majorité le vivra adéquatement. Ce processus s'inscrira dans le cheminement de l'adolescente et il n'entravera pas son fonctionnement futur. Elle peut aussi vivre des sentiments de tristesse, de culpabilité, d'agressivité ou de regret. Certains auteurs rapportent même que le fait de vivre cet événement peut avoir un effet positif sur l'autonomie de l'adolescente et sur son estime de soi[1].

Pour les adolescentes plus perturbées, qui ont choisi l'avortement, les réactions émotives sont plus marquées et le fonctionnement qui était déjà déficient avant l'événement le sera aussi après.

Lorsque la décision est claire et que l'adolescente est bien supportée dans sa démarche, avant et pendant l'avortement, la tristesse et la culpabilité sont atténuées. Par contre si le contraire se produit, ces deux sentiments sont augmentés. Selon une recherche clinique réalisée en 1977 sur une période de six ans au Montreal Children's Hospital[2], on a trouvé que: «80 % des adolescentes qui ont subi un avortement, semblent bien fonctionner émotivement et socialement, 20 % d'entre elles se montrent instables émotivement et ont un comportement déviant avant comme après l'avortement. En somme, l'avortement ne change ni le mode de vie, ni l'équilibre émotif d'une adolescente».

Selon une autre étude réalisée au centre hospitalier Sainte-Justine, chez soixante-treize (73) adolescentes qui ont vécu un avortement et qui ont été revues environ 12 à 18 mois après l'interruption de grossesse, 29 % de ces adolescentes disent penser souvent à leur avortement, 38 % disent y penser quelque fois et 33 % y pensent peu, ou jamais[10]. Ces deux études nous démontrent que les adolescentes ne présentent pas de troubles majeurs.

Pour plusieurs, on note une amélioration au niveau de la communication parents-adolescents. Le fait d'avoir vécu cette expérience et d'avoir été supportée dans sa démarche par un des parents ou les deux semble avoir permis le dialogue. Par contre pour quelques-unes l'effet contraire s'est produit, l'attitude des parents après l'avortement est de restreindre davantage les activités de l'adolescente pour éviter d'avoir à revivre la même situation.

Quelle est l'attitude de l'adolescente vis-à-vis la sexualité lorsqu'elle a vécu une interruption de grossesse? Dans l'étude de Sainte-Justine après 12 à 18 mois, 79 % des adolescentes fréquentaient régulièrement un garçon, soit la même proportion qu'avant l'avortement. 50 % des adolescentes disaient n'avoir vécu aucun changement d'attitude face aux garçons. Par contre 30 % disaient avoir vécu des changements en termes positifs: une plus grande maturité, une plus grande prudence et une capacité d'indépendance. Certaines autres, soit 5 %, disaient qu'elles ne voulaient pas d'activités sexuelles du moins à ce moment de leur vie. Enfin pour 15 % des cas, des changements négatifs se sont produits. Les adolescentes étaient devenues méfiantes envers les garçons et craignaient une nouvelle grossesse[10]. Les adolescentes qui fréquentent un garçon après l'avortement, n'ont pas toutes des activités sexuelles. Par contre, un bon nombre de celles qui en ont utilisent un moyen contraceptif.

Nous avons parlé de l'avortement du premier trimestre jusqu'à maintenant, mais qu'en est-il des réactions chez l'adolescente qui a recours à l'avortement au deuxième trimestre, ce qu'on appelle les avortements tardifs[3]. Plusieurs auteurs s'accordent à dire que ces adolescentes risquent d'avoir plus de complications médicales vu l'âge de la grossesse et les techniques utilisées pour l'avortement, et aussi des réactions émotives plus marquées. Elles ont senti davantage le début de la grossesse avec ses inconvénients. Les réactions de deuil sont donc plus marquées. Elles ont alors besoin d'être supportées davantage et parfois sur une plus longue période.

8.3.3 Les récidives

On ne peut parler des réactions et du comportement des adolescentes après l'avortement sans parler des récidives. Chez certaines adolescentes qui n'utilisaient pas de contraception avant de vivre l'avortement, les motifs pour ne pas se protéger sont aussi présents après l'événement soit, le désir d'avoir un enfant, une façon de s'affirmer et de montrer qu'elles sont autonomes. Ce comportement peut aussi se retrouver chez l'adolescente dont la décision d'avoir recours à l'avortement avait été prise sous l'influence très marquée de l'entourage, son désir à elle étant de poursuivre cette grossesse. Donc elle ne prendra aucun moyen pour ne pas revivre cette situation et on la retrouvera enceinte à nouveau. On observe aussi cette réaction chez certaines adolescentes qui supportent mal le deuil et veulent compenser en revivant cette même situation de grossesse. Notons cependant que les femmes ayant un second avortement ne diffèrent pas sur le plan psychologique des femmes en vivant un premier[2]. Enfin, un avortement n'est pas le gage d'une maturité contraceptive automatique.

En résumé, les réactions physiques et émotives que vivent les adolescentes après un avortement sont en général normales lorsqu'elles ont eu la possibilité de faire un choix bien éclairé et qu'elles ont été supportées tout au long de leur démarche. Il est important qu'elles puissent exprimer et vivre les émotions qu'elles ressentent afin de reprendre une vie normale. L'avortement est un événement important dans la vie de l'adolescente.

CHAPITRE VIII

RÉFÉRENCES

1. American Psychological Association, *«Adolescent Abortion: Psychological and Legal Issues»*, Report of the Interdivisional Committee on Adolescent Abortion, University of Nebraska Press, 1986.
2. Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec, *«Adolescentes et avortement: Recherche clinique de 6 ans au Montreal Children's Hospital»*, Mai 1977.
3. AUDET, C., *«Perception de l'avortement thérapeutique par l'adolescente»*, Clinique de planification des naissances du CHUL, 1982.
4. BÉLANGER, E.M., LAUXON, P. & ACHIM D., *«Psychosocial and Medical Predictors of Pain in First-Trimester Abortion»*, soumis à l'American Journal of Obstetrics & Gynaecology. Résumé disponible en septembre 1985.
5. CHARBONNEAU, L., *«Le vécu de l'avortement»*, Communication présentée au colloque «La sexualité à l'adolescence», Trois-Rivières, Mai 1985.
6. FILION, F & THÉBAULT, M., *«Grossesse et adolescence»*. Revue de littérature et éléments de problématique», DSC Hôpital St-Luc, 1984.
7. FRAPPIER, J.Y. et coll., *«L'avortement chez l'adolescente»*, en «Médecine de l'adolescence: une médecine spécifique», Hôpital Ste-Justine, 1985, 414 pages.
8. GRIMES, D.A. & CATES, W. Jr., «Complications from Legally-Induced abortion: A Review», *Obstetrical and Gynaecological Survey*, Vol. 34, no. 3, 1979.
9. KISKER, E.D., «Teenagers Talk about Sex, Pregnancy and Contraception», *Family Planning Perspectives*, Vol. 17, no. 2, March/April 1985.
10. LAMPE-DESROSIERS, M., «L'avortement à l'adolescence: son impact psycho-social, étude de 73 cas», *Intervention*, 61: 1981.
11. MORIN, L., *«A propos du deuil après l'avortement»*, Clinique des jeunes St-Denis, Mars 1984.
12. ORY, H.W., FORREST, J.D. & LINCOLN, R., *«Making choices. Evaluating the Health Risks and Benefits of Birth Control Methods»*, The Alan Guttmacher Institute, New-York, 1983.
13. Santé et Bien-être Social, *«Adolescent Pregnancy and Sexuality: a Background Paper»*, Division de la Promotion de la Santé, Août 1985.
14. STUBBLEFIELD, P.G., «Surgical Techniques of Uterine Evacuation in First – and Second – Trimester Abortion», *Clinics in Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 13, no. 1, March 1986.
15. TIETZE, C. & HENSHAW, S.K., *«Induced Abortion. A world Review 1986»*, 6th Edition, The Alan Guttmacher Institute, New-York, 1986.
16. Interviews de plusieurs intervenants et adolescentes: documents non-autographiés disponibles.

CHAPITRE IX
L'INVENTAIRE DES SERVICES

En résumé, les adolescents vivant dans des pays ou les services de contraception, l'éducation sexuelle à l'intérieur et à l'extérieur du milieu scolaire et les services d'IVG sont facilement accessibles, ont des taux de grossesse inférieurs et n'ont pas un niveau d'activité sexuelle si différent de celui des adolescents américains[20] *

Connaissant l'ampleur et les conséquences physiologiques, psychologiques et sociales de la grossesse à l'adolescence, il nous reste à voir comment, à l'heure actuelle, la société québécoise supporte ces jeunes. Ce chapitre tentera donc de décrire l'ensemble des services et des acteurs qui se préoccupent d'une façon ou d'une autre de cette problématique. Les services décrits comprennent les services publics (services sociaux, scolaires et de santé), les centres d'hébergement et le réseau d'aide naturelle des adolescents . Nous aborderons pour chacun de ceux-ci les actions concernant l'information et l'éducation à la sexualité, la contraception et le soutien à l'enfantement et au parentage.

9.1 Les services publics: information et éducation à la sexualité

Afin de diminuer le risque de grossesses non planifiées, l'information et l'éducation à la sexualité constituent certes la première action que peuvent poser les services publics. Mentionnons à ce sujet que la Suède où l'on observe des taux de grossesse inférieurs à ceux du Québec a été le premier pays à intégrer au curriculum de ses jeunes l'éducation sexuelle et ce, dès 1956[15]. De plus, un récent rapport[8] associait aussi l'éducation sexuelle à une diminution des taux d'avortement dans ce pays. Enfin des études américaines et canadiennes démontrent clairement que l'éducation à la sexualité diminue le risque de grossesses non planifiées et viendrait même retarder l'âge des premières relations sexuelles contrairement à ce qu'affirment de nombreux opposants[13,16].

Au Québec, la mise sur pied d'un programme d'éducation à la sexualité s'est échelonnée sur près de 25 ans. En effet, c'est en 1969 que le premier programme d'éducation à la sexualité est présenté au Ministère de l'Éducation du Québec (M.E.Q.). Durant toutes ces années, le débat sur l'éducation à la sexualité aura touché d'innombrables personnes (spécialistes, professionnels,décideurs, parents, étudiants, etc.) et amené discussions, amendements, corrections, revisions, pour finalement prendre forme dans le pro-

* La traduction est de nous, le texte original se lisant comme suit: «In short, teenagers living in countries where contraceptive services, sex education in and out of schools, and abortion services are widely available have lower rates of adolescent pregnancy and do not have appreciably higher level of sexual experience than do teenagers in the United States».

gramme de Formation Personnelle et Sociale entériné par le M.E.Q. en 1984[10]. Celui-ci comporte cinq volets dont un traite de l'éducation à la sexualité. Si ce volet est appliqué tel que proposé, l'élève aura vingt-cinq (25) heures d'enseignement sur la sexualité échelonnées sur les cinq années de son secondaire. L'implantation de ce programme était fixée à septembre 86 en ce qui concerne le niveau secondaire et septembre 88 pour le primaire. Actuellement, il nous est impossible d'indiquer le degré réel d'implantation de ce programme. Bien que celui-ci soit obligatoire, ses modalités d'implantation demeurent sous la juridiction des commissions scolaires et ultimement, des directions d'école.

Enfin, soulignons le fait que les personnes véhiculant le contenu de ce programme seront au primaire, le professeur titulaire et au secondaire un professeur déjà en place dans l'école (professeur d'histoire, de morale, d'éducation physique, etc.). Les commissions scolaires devront les assister par de la formation et du perfectionnement afin d'en assurer l'implantation adéquate.

Si l'implantation d'un programme structuré d'éducation à la sexualité est en cours, l'information sur la sexualité faite auprès des jeunes dans le milieu scolaire est en place depuis déjà longtemps. Par exemple, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux expérimentait en 1973 un programme d'information sur la sexualité en milieu scolaire. Celui-ci avait réussi, en trois ans, à toucher près de 65 000 étudiants du secondaire. Depuis cette expérience, terminée en 1976, l'information sur la sexualité en milieu scolaire dépend des établissements et du personnel en place. Les personnes-clé en cette matière demeurent les intervenants du programme jeunesse des CLSC. Ceux-ci soit par la consultation individuelle, l'animation, le débat public, les kiosques d'information, les rencontres de groupe ou encore, avec la collaboration des directions d'école et de professeurs, à l'intérieur de certains cours, informent les jeunes sur la sexualité, la contraception et les maladies transmissibles sexuellement. L'information véhiculée par ces personnes varie considérablement selon la collaboration des établissements scolaires, le support de leur établissement, la disponibilité d'outils didactiques et le temps alloué ce qui ne permet, dans la plupart des cas, que d'effleurer les principaux sujets reliés à la sexualité.

Même si l'information sur la sexualité est principalement diffusée par les infirmières scolaires, les travailleurs sociaux, les professionnels non enseignants ainsi que les professeurs peuvent aussi s'avérer des personnes-ressources dans ce domaine. Selon l'école ou l'établissement auquel ces personnes sont rattachées, elles pourront participer à des campagnes de prévention, faire de l'animation auprès des jeunes et supporter les enseignants qui abordent la sexualité. Une grande part de leur travail consiste néanmoins en du suivi individuel et c'est davantage à l'intérieur de ces consultations que ces personnes pourront supporter les jeunes dans leur questionnement sur leur sexualité, sur les mesures contraceptives ou encore sur leurs attitudes par rapport à leurs pairs ou parents.

Finalement, soulignons le travail fait par les étudiants eux-mêmes. Souvent ce sont eux qui, par le biais de leurs organisations (comité étudiant,

association, etc.), provoqueront la tenue de sessions d'information sur la sexualité dans leur école. Ils pourront aussi s'informer en utilisant la presse étudiante lorsqu'elle existe, pour transmettre des communiqués sur la sexualité.

Si la situation décrite ci-dessus reflète ce qui se passe dans le système scolaire public, celle-ci paraît quelque peu différente dans les institutions privées d'enseignement. Bien que ces dernières soient aussi tenues d'implanter le programme de Formation Personnelle et Sociale, peu d'entre elles disposent d'une infirmière scolaire relevant d'un établissement de santé.

En ce qui a trait à l'information et l'éducation à la sexualité, les programmes jeunesse des CLSC offrent, outre leur implication en milieu scolaire, d'autres activités susceptibles de rejoindre les jeunes. L'implantation du réseau des CLSC s'est faite en deux grandes phases : la première s'échelonne des années 72 à 77 et voit l'implantation graduelle de 85 CLSC. La seconde qui va des années 80 à 86 a permi au réseau des CLSC de voir s'ajouter 69 autres établissements. Cette remarque veut attirer l'attention du lecteur sur deux réalités qui ont un impact sur les services-jeunesse offerts par les CLSC. Nous pouvons dire qu'en général certains CLSC de la première phase ont mis l'accent dès le début sur la structuration d'un programme jeunesse. Ceci les a amenés et les amène toujours à recevoir directement au CLSC ou à rencontrer par diverses activités plusieurs jeunes qui sont ainsi informés sur différents aspects de la sexualité et de la planification des naissances. Les CLSC de la deuxième phase compte tenu de la décentralisation des services, des ressources limitées et des programmes existants ont surtout mis l'accent sur l'intervention en milieu scolaire. Depuis peu nous assistons, particulièrement pour ces derniers, à la mise sur pied de cliniques adaptées aux besoins des jeunes et où ces derniers peuvent s'appuyer sur une équipe multidisciplinaire pour trouver des solutions à leurs problèmes. Ces cliniques offrent donc aux jeunes de l'information sur la sexualité et la contraception et certaines ont déjà entrepris des démarches concernant la grossesse à l'adolescence. Par contre, là comme ailleurs, ces initiatives diffèrent d'un endroit à l'autre tant dans l'accessibilité que dans la gamme des services offerts.

Bien que le système scolaire constitue un lieu privilegié pour l'information et l'éducation à la sexualité, les jeunes peuvent aussi obtenir des renseignements auprès d'autres professionnels. Les équipes multidisciplinaires dans les CLSC et cliniques spécialisées peuvent supporter les adolescents notamment en regard des mesures contraceptives. Soulignons d'ailleurs que le médecin demeure l'unique personne pouvant prescrire des moyens contraceptifs. Par ailleurs, même avec le développement de la médecine de l'adolescence[28] et la préoccupation d'aborder les adolescents globalement en tenant compte d'attitudes et de valeurs qui lui sont propres, le médecin est avant tout préoccupé par les problèmes de santé. L'information qu'il pourra offrir aux adolescents sur leur sexualité s'avère donc limitée.

En résumé, l'éducation à la sexualité n'en est qu'à ses premiers balbutiements. L'information sur la sexualité demeure nécessaire notamment en ce qui concerne la référence aux services de contraception. Par contre, les efforts notés varient grandement d'un territoire à l'autre et demeurent liés à la concertation établie entre les différents intervenants et à leur bon vouloir.

9.1.1 Les services publics: planification des naissances, contraception et IVG

Au début des années 60, les découvertes de la médecine en matière de contraception sont venues non seulement redéfinir la vie sexuelle de plusieurs personnes mais aussi transformer considérablement les services de santé offerts à la population. En effet, les nouvelles mesures contraceptives permettent à la femme de contrôler efficacement sa fonction reproductive et conséquemment, de développer davantage la fonction hédonique de sa sexualité[9]. Au même moment, le développement de la contraception aura entraîné l'avènement du champ de la planification des naissances dont le but est d'informer la population sur les diverses mesures contraceptives de façon à mieux planifier la naissance d'un (des) enfant(s) et à prévenir des grossesses précipitées.

Bien que nous pouvons retracer au Québec un début d'intervention structurée en planification des naissances, services comprenant tests de grossesse, pilule du lendemain, contraception, examen gynécologique, dépistage et traitement des infections génitales et maladies transmissibles sexuellement (M.T.S.), IVG, services psychosociaux et préventifs, dès 1966, les orientations du gouvernement québécois ne seront précisées qu'en 1972.

Celles-ci indiquent notamment l'obligation par l'État de considérer les services de planification des naissances comme des services essentiels qui doivent être rendus accessibles dans le réseau au même titre que n'importe quel autre service de santé ou service social également jugé important[14]. Afin d'opérationnaliser ces intentions, deux programmes sont mis sur pied : le développement dans les CLSC de services consultatifs de base et le développement dans les centres hospitaliers de services spécialisés.

La majorité des CLSC implantés au Québec offre des services de planification des naissances. Comme nous l'avons mentionné pour l'information sur la sexualité, ces services varient d'un CLSC à l'autre. À une extrémité de l'éventail, nous retrouvons les CLSC qui considèrent la planification des naissances comme un programme spécifique et qui offrent à l'aide d'une équipe multidisciplinaire une gamme complète de services. Compte tenu des besoins de leur population et des limites actuelles des services en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG), certains de ceux-ci (onze en 1987) considèrent l'IVG de moins de douze semaines de grossesse comme une intervention de première ligne et offrent un service d'avortement gratuit et axé sur une approche globale[7]. À l'autre extrémité, nous retrouvons les CLSC dont les services de planification des naissances se résument aux activités des infirmières en milieu scolaire.

En ce qui concerne les services spécialisés, ce volet n'était appliqué en 1985 que dans 14 centres hospitaliers situés principalement en milieu urbain. Nous assistons donc à un surdéveloppement de services en milieu urbain au détriment d'une juste répartition et d'une véritable accessibilité dans toutes les régions du Québec. Cette abondance de ressources, surtout dans la région montréalaise, a en outre permis aux institutions des régions limitrophes de se désolidariser des besoins de la population et de retarder le développement de nouveaux services[29]. Néanmoins, mentionnons l'existence dans certains centres hospitaliers (C.H.U.L., C.H.U.S., Rimouski, Trois-Rivières,...) de véritables cliniques de planification des naissances où l'ensemble des services est offert (contraception, IVG, infertilité, recherche, etc...) et où une approche globale de la clientèle est privilégiée. La répartition inégale de ces services pourrait être une des hypothèses explicatives de la variation des taux observés de naissance et d'avortement chez les femmes de moins de 20 ans tel que démontré dans une étude récente[12].

En résumé, la situation actuelle est loin de refléter les orientations préconisées par le gouvernement québécois. Les services consultatifs de base offerts dans les CLSC sont souvent limités. De plus, peu d'entre eux considèrent ces services comme essentiels au même titre que d'autres programmes préventifs. L'accessibilité aux services d'IVG est encore plus déficiente. La centralisation de ces services spécialisés dans les grands centres réduit, surtout pour les jeunes, la possibilité d'entrevoir cette issue comme un choix possible. Enfin l'approche privilégiée varie grandement d'un centre à l'autre.

Lorsque les adolescents doivent fréquenter les mêmes services de contraception que ceux fréquentés et dirigés par des adultes, services ou règnent une atmosphère (ressentie subjectivement ou objectivement) où leur présence est remise en question, ils seront des clients peu complaisants[19].*

À l'accessibilité géographique s'ajoute le problème de l'accessibilité organisationnelle. Les services de planification des naissances ayant d'abord et avant tout été conçus pour les adultes, ils peuvent avoir comme le signalent les auteurs ci-dessus, du mal à attirer les jeunes et ainsi à leur offrir des services préventifs. Le bilan des expériences européennes souligne l'importance de l'acceptation sociale et législative des services spécifiques aux jeunes et de la présence d'une équipe multidisciplinaire ayant une approche globale et sans préjugés envers les jeunes.

* La traduction est de nous, le texte original se lisant comme suit : « Where adolescents are forced to share whith their adult counterparts sexual and contraceptive counselling services, run by adults, in an atmosphere (perceived subjectively and/or objectively) in which their presence is questioned, they will make reluctant clients ».

Au Québec, il faut souligner la présence de quelques services spécifiques pour les adolescents. En 1976, l'hôpital Sainte-Justine développait une section de médecine de l'adolescence. Une équipe multidisciplinaire oeuvre auprès d'adolescents présentant des besoins et problèmes variés dont ceux liés à la sexualité, la contraception et la grossesse. L'approche est adaptée et globale. En plus de sa fonction clinique, cette équipe joue un rôle dans l'enseignement, la recherche, la réflexion, la prévention, la promotion des soins et services pour adolescents et aussi dans la défense de leurs droits. Elle est un élément essentiel dans le développement de services aux adolescents et dans la formation à cet effet.

Il faut souligner qu'il existe aussi au Montreal Children's Hospital, une clinique pour adolescents et une section de gynécologie pour adolescentes, qui, au niveau anglophone, jouent un rôle important dans l'enseignement, la recherche et la promotion de services pour les jeunes. Toutefois, le maintien de la clinique d'adolescents est remis en question et son rendement est limité par les coupures budgétaires.

Notons aussi, l'expérience de la Clinique des jeunes St-Denis de Montréal, projet mis de l'avant conjointement par le CLSC Centre-Ville et le Bureau de consultation jeunesse inc. Cette clinique a été conçue afin d'assurer spécifiquement à une clientèle jeunesse des services médicaux et psychosociaux complets en matière de sexualité. L'expérience acquise aura servi à supporter la réflexion et l'action de plusieurs intervenants en vue de démarrer des programmes en planification des naissances dans leur CLSC et de développer des moyens d'aborder les questions reliées à la sexualité dans leur travail, à l'école ou dans leur centre d'accueil[6]. Bien que l'expérience de cette clinique démontre l'efficacité de services conçus spécifiquement pour les jeunes, nous remarquons les difficultés qu'ont les autres CLSC à implanter dans leur établissement un modèle semblable et, pour ceux qui ont réussi à mettre sur pied des services-jeunesse, à conserver ces services qui sont souvent remis en question par les directions à cause de pressions budgétaires ou organisationnelles.

Comme nous l'avons mentionné préalablement, les adolescentes peuvent aussi obtenir des contraceptifs dans les cabinets ou cliniques privées des médecins. L'apport de ces derniers à la prévention des grossesses non planifiées chez les adolescentes demeure lié à leur compréhension du problème, à leur approche auprès des jeunes et à la perception qu'ont d'eux les jeunes susceptibles de les consulter.

En résumé, l'accessibilité organisationnelle est un élément majeur permettant aux services de rejoindre effectivement les jeunes. Actuellement au Québec, il y a peu de services conçus spécifiquement pour les jeunes. Malgré les résultats obtenus par les cliniques d'adolescents qui existent, les établissements (CLSC) hésitent à implanter et à supporter des services-jeunesse.

9.1.2 Les services publics : le support prénatal et post-natal

L'information et le suivi prénatal sont reconnus comme étant des mesures préventives favorisant la diminution de la mortalité et la morbidité périnatales. À cet effet, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux aura implanté dès 1977, par le biais des CLSC et des DSC, les cours prénatals. Cette pratique sanitaire est devenue, lentement mais sûrement, partie intégrante du suivi de grossesse et c'est là, peut être, son aspect le plus fondamental[25].

Malgré cette réussite, les évaluations de ces cours nous montrent que certaines clientèles y participent peu. À cause de la reconnaissance tardive de la grossesse, des difficultés personnelles et sociales qu'ont les adolescentes à recourir aux services publics ou encore à s'intégrer à une activité conçue pour des couples plus âgés, elles ne se présentent pas aux rencontres ou les quittent prématurement. La sensibilisation à l'acuité du problème de la grossesse à l'adolescence amène les services publics à expérimenter de nouvelles activités permettant aux adolescentes de recevoir une information prénatale adéquate. Deux tendances se dégagent de ces expérimentations.

En premier lieu, certaines animatrices favorisent l'intégration des adolescentes intéressées aux rencontres prénatales régulières. Leur participation continue semble proportionnelle à la capacité des animatrices à maintenir leur intérêt et à favoriser le développement d'un sentiment d'appartenance au groupe. Cette approche permet d'associer de plus près les adolescentes à la dynamique parentale qu'elles ont à vivre, de favoriser le questionnement de plusieurs personnes vivant à la fois des réalités communes et différentes, d'élargir le support futur et de «normaliser» l'expérience de la maternité comme étant vécue par des personnes de tout âge et de tout milieu. Cette tendance semble correspondre davantage à la réalité de petites localités où le nombre annuel d'adolescentes enceintes demeure restreint.

Enfin, d'autres services préfèrent regrouper les adolescentes enceintes dans un groupe homogène. Le contenu y est alors adapté selon les besoins et le questionnement des adolescentes. Cette approche demande un nombre suffisant d'adolescentes et exige de l'animatrice une grande capacité d'adaptation et d'animation. Elle permet, par contre, de développer l'entraide entre les adolescentes, entraide qui pourra se poursuivre après la naissance de l'enfant. Elle assure enfin, une assiduité dans la fréquentation des services prénatals ce qui pourra permettre aux intervenants d'aborder non seulement l'information prénatale mais aussi d'autres sujets tout aussi importants pour l'avenir de la mère et l'enfant (poursuite des études, situation économique, etc.).

Les médecins demeurent les acteurs privilégiés du support prénatal. Concurremment à la mise en place des rencontres prénatales, le gouvernement favorisera, comme mesure préventive, un suivi prénatal régulier par les médecins. Actuellement, celui-ci consiste en des visites périodiques (de 6 à 12 selon les particularités des femmes ou la pratique personnelle du médecin) tout au long de la grossesse. Malgré, dans certains cas, une visite tardive,

les médecins sont à même de rencontrer la quasi-totalité des adolescentes enceintes. Par contre, peu d'entre eux, compte tenu des contingences de leur profession, peuvent offrir à l'adolescente un support global (physiologique, psychologique et social). Une concertation entre le médecin et les services de santé communautaire s'avère donc nécessaire mais, bien qu'elle se concrétise dans certaines localités où les médecins réfèrent systématiquement les adolescentes enceintes aux services prénatals du CLSC[21], cette situation demeure exceptionnelle.

Si le support prénatal est important, le support post-natal est, comme nous l'avons vu précédemment, essentiel à l'intégration du parentage. Malheureusement, les efforts déployés par les services de santé pour supporter l'adolescente lors de son adaptation post-natale demeure minimes à l'instar d'ailleurs, de ce qui est fait pour l'ensemble des nouveaux parents.

La visite à domicile par une infirmière du CLSC est la principale activité en post-natal. Celle-ci consiste à rencontrer la nouvelle mère, à vérifier son état de santé, celui de l'enfant et à l'interroger sur ses principales difficultés (allaitement, fatigue, support potentiel, etc.). Les mères adolescentes étant considérées comme une clientèle à risque sont visitées la plupart du temps dès la réception au CLSC de l'attestation d'une déclaration de naissance vivante. Ces dernières seront revues au besoin ou encore, on leur laissera un numéro de téléphone leur permettant de communiquer avec l'infirmière. Malgré cette volonté de rejoindre les mères adolescentes, leur situation particulière (mobilité, attitude face aux services etc.) ne permet pas de les rejoindre aussi précocément et en aussi grand nombre qu'on pourrait le souhaiter.

Depuis peu, plusieurs CLSC insistent davantage sur la période post-natale. Ceux-ci ont le souci de la continuité dans l'intervention et ainsi, l'animatrice des rencontres prénatales revoit ou communique avec les participants de ses groupes en post-natal. De plus, certains CLSC ont mis de l'avant des rencontres post-natales où les groupes rencontrées en prénatal se retrouvent après la naissance du nouveau-né et abordent l'accouchement, le retour à la maison, les soins du bébé et l'adaptation du couple au parentage. Ces activités demeurent fréquentées principalement par les couples des rencontres prénatales. Il y a donc peu d'adolescentes qui bénéficient de ce support additionnel.

D'autres expérimentations sont faites actuellement au Québec en vue de favoriser un dépistage précoce des risques associés à la relation parent-nourrisson (D.S.C., C.H.U.L.: l'éclosion du devenir parent). On ne peut toutefois dire dans quelle mesure cette approche tient compte des besoins spécifiques des mères adolescentes et si cette intervention les rejoint.

En ce qui a trait aux médecins, peu d'entre eux reverront l'adolescente après l'accouchement. A l'occasion, les pédiatres pourront suivre la mère adolescente et son enfant.

En résumé, les mesures préventives actuelles en prénatal rejoignent peu d'adolescentes. Les expérimentations en cours pourront par contre, appuyer les services qui voudront rejoindre les adolescentes. En post-natal, les activités préventives demeurent limitées.

9.2 Les centres d'hébergement et école spécialisée*

Auparavant, les institutions religieuses accueillaient les jeunes mères célibataires pendant leur grossesse (Monastère du Bon Pasteur de Montréal, par exemple). Depuis la réorganisation des soins et des services de santé, ce sont les centres d'hébergement pour mères en difficulté qui supportent cette clientèle.

Le Québec compte actuellement cinq centres d'hébergement répartis dans quatre régions (Montréal, Québec, Sherbrooke et Trois-Rivières).Ce réseau disposait au 1er avril 1986 de 155 places à l'interne et offrait annuellement des services internes ou externes à près de 2000 mères mineures et majeures. Les services internes consistent dans de l'hébergement pendant la grossesse, après la naissance de l'enfant ou encore dans de l'hébergement dépannage. Les services externes vont de l'assistance éducative au centre de jour.

Trois types de programmes résument les activités de ces centres: les programmes de réadaptation, de réinsertion et de transition. Les activités de réadaptation englobent les activités pré et post-natales, l'éducation au rôle parental, l'aide aux mères handicapées socialement, l'accompagnement et l'aide à la création d'un milieu familial, social et professionnel. Le programme de transition implique des activités d'évaluation, d'observation et d'orientation, d'accueil transitoire ou de l'hébergement temporaire. Enfin, le programme de réinsertion s'appuie sur des activités visant à consolider les acquis et l'organisation d'un milieu de vie. Bien qu'il y ait des activités de groupe, l'approche privilégiée est plutôt individuelle. D'autres activités complémentaires telles l'assistance éducative, les comptoirs d'échange, les centres de jour, les haltes-garderie viennent s'ajouter au travail fait par ces centres.

Depuis les dernières années, la clientèle reçue par les centres d'hébergement se modifie. Elle est de plus en plus jeune et, de plus, il y a un alourdissement des problèmes (carence affective, délinquance, toxicomanie) dû principalement à l'augmentation des références du Directeur de la Protection de la Jeunesse** soit par mesure volontaire ou sous ordonnance de placement.

* Les données présentées proviennent d'une entrevue réalisée avec les directeurs-trices généraux-ales réalisée dans le cadre de cet avis.

** Le Directeur de la Protection de la Jeunesse analyse la situation de tout enfant dont la sécurité ou le développement peut être considéré comme compromis, prend les mesures d'urgence que commande la situation de l'enfant, décide de l'orientation de chaque enfant dont il a analysé la situation, prend en charge tout enfant dont la sécurité ou le développement est compromis et voit a l'exécution des mesures ordonnées par le Tribunal de la Jeunesse (Loi sur la protection de la jeunesse: art. 33).

Avec l'alourdissement de la clientèle, il faut de plus en plus penser à des activités spécifiques aux enfants, d'autant plus que la clientèle des mères adolescentes est génératrice d'enfants qui seront, à plus ou moins long terme, pris en charge par le réseau (troubles de comportements, retards de langage, enfant négligé ou maltraité, mère ou père adolescent).

Si, auparavant, les services spécialisés situés dans les grands centres urbains (Montréal, Québec) pouvaient accueillir des jeunes des régions périphériques, ceci est de moins en moins possible. On favorise la clientèle de la région, et il existe des listes d'attente dans tous les centres soit en pré-accouchement ou en post-accouchement.

L'expérience acquise au fil des ans a permis au personnel de ces centres de développer des habiletés de travail auprès des adolescentes. Les cours prénatals sont adaptées aux besoins de la clientèle. Si nécessaire, les intervenants accompagnent les jeunes mères à l'accouchement.

En dehors des activités externes, le suivi post-natal demeure limité. Les ressources actuelles ne permettent pas une transition aussi progressive que souhaitée malgré l'importance de l'adaptation post-natale. En effet, selon les personnes rencontrées l'adaptation de l'adolescente est vitale à son devenir parent et au développement de l'enfant. La prévention faite durant les premières années de vie de l'enfant peut appuyer la réinsertion sociale de l'adolescente et éviter, dans certains cas, la négligence ou le placement de l'enfant. Étant donné les risques sociaux liés à la grossesse à l'adolescence, il est aussi important de favoriser, à l'aide de mesures telle l'Aide sociale, la réintégration de l'adolescente en milieu scolaire ou encore, sa réorganisation sociale suite à l'adoption de son enfant.

L'image dressée par les responsables des centres d'hébergement démontre bien l'acuité du problème. Évidemment la clientèle qui est dirigée ou qui demande l'aide des services spécialisés est particulière. Elle regroupe des jeunes à haut risque. Mais rappelons-nous que les nouvelles mères adolescentes ont, bien souvent, eu elles-même des mères adolescentes. Ces jeunes filles proviennent de milieux défavorisés et leurs enfants connaîtront aussi un milieu où les conditions de vie seront difficiles. Chaînon important des services offerts, ces centres par l'expérience qu'ils possèdent peuvent supporter les autres établissements du réseau oeuvrant auprès d'adolescentes enceintes ou mères adolescentes et ainsi, amorcer la collaboration nécessaire pour offrir entre autres, le support post-natal souhaité.

Un autre service spécialisé offert aux adolescentes est l'école Rosalie-Jetté. Cette école offre un programme d'enseignement individualisé pour lequel l'admission peut se faire en tout temps de l'année, ainsi que l'existence des services adaptés, tels le service d'orientation scolaire et professionnelle, le service de santé, la garderie et la pouponnière, les cours de développement de l'enfant, etc. Ces services apportent le soutien nécessaire aux adolescentes enceintes ou accouchées [26]. Il est clair qu'une telle ressource constitue un élément majeur pour les services concernés par la grossesse à l'adolescence. On doit d'ailleurs se demander si une seule école de la sorte peut satisfaire l'ensemble des besoins ou encore si un tel programme peut être intégré à d'autres établissements d'enseignement. Notons également à Montréal l'existence au centre Elizabeth's House de services semblables pour la clientèle anglophone.

En résumé, les services spécialisés constituent un maillon essentiel du support à offrir lors de la grossesse à l'adolescence. On y note cependant un alourdissement de la clientèle. Leurs listes d'attente s'allongent et ils ne peuvent plus recevoir d'adolescentes provenant d'autres régions. La reconnaissance de leur expertise apparaît primordiale. De plus, un support supplémentaire devrait leur être accordé afin qu'ils puissent développer des services en post-natal.

9.3 Le réseau d'aide naturelle

Nous avons mis l'accent jusqu'à présent sur les services offerts par le système public. Or de tout temps, parallèlement à ces services, les individus peuvent retrouver dans leur milieu un support leur permettant de trouver des solutions à leurs problèmes. Afin de s'y retrouver dans l'ensemble de ces «services», nous utilisons le concept d'aide naturelle qui se caractérise par la spontanéité avec laquelle les individus viennent en aide à une personne dans leur environnement habituel non pas à cause d'une fonction sociale mais plutôt par motivation personnelle[17]. Nous retrouvons dans le réseau d'aide naturelle deux types de services: l'aide formelle qui est structurée et située dans un cadre donné et l'aide informelle qui regroupe l'aide prodiguée par l'entourage immédiat de la personne[18]. Cette subdivision de l'aide naturelle regroupe les différents types d'aidants notamment, les groupes communautaires ou alternatifs, les groupes d'entraide, le bénévolat, la famille, les amis, les voisins, etc. comme l'illustre le tableau 22.

Voyons donc qui sont les acteurs du réseau d'aide naturelle des adolescents et le support que ceux-ci apportent.

9.3.1 Les services d'aide formelle

Les Maisons de Jeunes peuvent être considérées comme un service d'aide formelle de type alternatif dans la mesure où elles sont composées d'un collectif de personnes militant pour une même cause. La première Maison de Jeunes est fondée en 1975. Actuellement, on en dénombre plus d'une centaine dont quatre-vingt (80) sont réunies dans le Regroupement des Maisons de Jeunes du Québec (R.M.J.Q.). Adaptées à la réalité des jeunes des années 80, celles-ci offrent un lieu de rencontre et d'échange où les jeunes sont invités à faire l'apprentissage de la vie communautaire, du pouvoir, de l'utilisation du temps de loisir, de la qualité des relations interpersonnelles, de nouveaux modèles de vie et d'implication auprès de leur communauté[24]. Pour ce faire, les jeunes et les animateurs mettent de l'avant plusieurs activités touchant les différentes dimensions de la vie du jeune. Enfin, les Maisons des Jeunes rejoi-

TABLEAU 22
Nomenclature des différents types d'aidants informels et formels

Aide informelle	Motivation et/ou obligation à aider	Types d'aide et de support	Affinité entre aidant et aide	Réciprocité
Famille proche	Responsabilité et obligation morale, lien affectif	Tous les types d'aide, d'ordre affectif, social, instrumental; non spécifique	Sont des proches, même culture, mêmes valeurs	Non lorsque problèmes majeurs et chroniques, oui pour problèmes mineurs
Amis	Lien affectif	Surtout d'ordre affectif mais aussi instrumental	Idem	Oui
Famille éloignée, connaissances, compagnon de travail	Lien de parenté et appartenance au même réseau social	Observation et référence, dans les premiers 6 mois/ support instrumental	Idem	Oui
Voisins	Proximité physique	Observation, référence, urgence dans les premiers 6 mois/ instrumental, maintien à domicile	Idem	Oui
Portiers (barman, coiffeur, curé)	Situation de rôle	Référence, conseils, intervention de crise dans les premiers 6 mois	Étrangers, mais même lieu	Non
Aidants naturels	Éducation et convictions	Tous les types d'aide, y compris d'ordre affectif	Idem	Non

Aide formelle	Motivation et/ou obligation à aider	Types d'aide et de support	Affinité entre aidant et aide	Réciprocité
Groupes d'entraide	Besoins de partage et d'échange	Partage émotif et aide instrumentale	Étrangers, mêmes problèmes, même classe sociale	Oui
Militants membres d'alternatives	Convictions et conscience sociale	Défense des droits et support affectif	étrangers, même idéologie	Non
Bénévoles	Convictions et obligation de rôle	Tous les types d'aide mais spécifique à la tâche	Étrangers parfois valeurs différentes	Non
Para-professionnel	Obligation de rôle	Spécifique à la tâche	Étrangers	Non

Tiré de: Guay, J., Lapointe, Y., *«Document d'initiation aux types d'intervention communautaire»*, Université Laval, nov. 1985.

gnent des adolescents de divers milieux et accueillent entre autres des jeunes qui ont abandonné le milieu scolaire.

En ce qui concerne la problématique de la grossesse à l'adolescence, quelques Maisons de Jeunes ont initié des activités qui touchent principalement l'information et l'éducation à la sexualité. Deux exemples nous serviront à illustrer les réalisations des Maisons de Jeunes. La Maison de Jeunes de St-Hyacinthe intégrait récemment à son équipe d'animateurs, une sexologue.

Celle-ci organise des sessions d'information qui regroupent une dizaine de jeunes de 12 à 17 ans sur différents aspects de la sexualité, rencontre individuellement les jeunes et les réfère au besoin aux autres ressources du milieu. La Maison des Jeunes de Beauharnois organisait conjointement avec le CLSC de l'endroit un forum sur la tendresse, l'amour et la sexualité. Ce forum avait pour but de permettre aux jeunes et à leurs parents d'exprimer leurs idées et leurs sentiments sur ces thèmes. Le forum étalé sur trois rencontres à une semaine d'intervalle réunissait d'abord les adolescents, puis les parents et enfin les parents et les adolescents. Ces rencontres ont touché une quarantaine de personnes et suscité la mise sur pied de nouvelles rencontres qui traiteront plus en profondeur certains sujets abordés précédemment.

Les Centres de santé des femmes constituent d'autres ressources alternatives préoccupées par la sexualité, la contraception et la grossesse. Le premier Centre de santé des femmes était créé à Montréal en 1975. Inspiré par les courants d'auto-santé américains et les critiques sur la santé, ce Centre faisait de son intervention au niveau de la santé des femmes l'axe principal d'une intervention plus large de concientisation féministe [11]. En plus d'y offrir un service de consultation médicale, le Centre de santé offre des cours et des rencontres sur les différents aspects de la santé des femmes. Depuis ces débuts, d'autres Centres de santé se sont créés dans différentes régions (Outaouais, Sherbrooke, Québec, etc.). Bien qu'ils rejoignent peu d'adolescentes, leur clientèle-cible étant différente (les femmes de milieux populaires) ou leur pratique collant davantage à la réalité de femmes plus âgées, ces centres rencontrent tout de même quelques adolescentes notamment celles qui choisissent d'interrompre leur grossesse. En raison des difficultés d'implantation des cliniques de planning dans les centres hospitaliers et conformément à leur appui au Mouvement pour la liberté de l'avortement, ces centres pratiquent des IVG et recoivent dans ce cadre, des adolescentes qui, dans certains cas, leur sont référées par les CLSC. Les jeunes qui fréquentent ces centres peuvent aussi y recevoir de l'information sur la contraception et des mesures contraceptives adaptées à leurs besoins. Par contre, faute d'appui financier du gouvernement, ces centres disparaissent peu à peu (Sherbrooke, Québec).

Les groupes d'entraide réunissent des personnes qui ont vécu un problème commun et qui s'offrent un support mutuel par le partage collectif. Depuis les années 80, ces groupes s'intéressent de plus en plus aux problèmes susceptibles de provoquer des crises d'adaptation de tout ordre. Ainsi, de nombreux groupes d'entraide maternelle se sont mis sur pied dans le but d'offrir du support aux nouvelles mères en difficulté. Bien que leur action soit positive, elles ne rejoignent à l'heure actuelle, que très peu de mères adolescentes.

Le bénévolat couvre toute activité structurée et souvent encadrée dont le but est d'aider d'autres personnes, sans attente de réciprocité comme c'est le cas de groupes d'entraide. Une infrastructure assurée par un support gouvernemental minimal et l'apport d'organisations privées (Centraide) permet aux personnes désireuses d'aider de se réunir autour de l'un ou l'autre des problèmes sociaux, physiques ou psychologiques susceptibles d'affecter la popu-

lation. En ce qui concerne la grossesse à l'adolescence, retenons l'exemple de Grossesse-Secours et l'action de certains Centres de bénévolat. Grossesse-Secours est un service d'écoute anonyme qui existe depuis le début des années 70. Les objectifs sont de procurer à toute femme enceinte, mariée ou célibataire, l'aide requise pour mener sa grossesse à terme[23]. Les adolescentes enceintes appellent en grand nombre à Grossesse-Secours. Si cet organisme ne solutionne pas le problème, il conseille et réfère à certains établissements du réseau de la Santé et des Services sociaux pour offrir une aide concrète et rapide.

Certains Centres de bénévolat (Centre d'action bénévole La Mosaïque) entreprennent des actions qui visent spécifiquement les mères célibataires. Ainsi, par le programme L'envol, ce Centre vise à mettre sur pied un réseau de support et d'entraide entre les jeunes mères célibataires. Les permanentes et bénévoles du Centre regroupent ces jeunes mères et leur proposent diverses activités: rencontres abordant différents thèmes, activités sociales, mises en contact avec les ressources du milieu, information, conseils individuels, etc. Lors des rencontres, un service de gardiennage et de transport est offert aux participantes. Ce programme vise à rendre les jeunes mères plus compétentes face à l'enfant, à stimuler leur réflexion sur la situation qu'elles sont en train de vivre et à trouver des solutions d'avenir pour elles-mêmes et l'enfant.

Le réseau d'aide formelle est donc constitué de divers organismes qui rejoignent des adolescents . Un financement constamment à renouveler, une permanence assurée par quelques individus, des services locaux sont autant de caractéristiques communes à ces organismes. Bien qu'il soit possible pour quelques adolescentes d'y trouver un support ou de l'information, leurs actions demeurent limitées.

En résumé, il existe actuellement un réseau d'aide formelle (Maisons de Jeunes, groupes d'entraide, bénévolat) susceptible d'appuyer une démarche de prévention et de support auprès des adolescents. Par contre, les ressources humaines et financières de ces organismes sont limitées et, à l'exception des quelques Maisons de Jeunes davantage structurées, leurs activités rejoignent peu d'adolescents.

9.3.2 Les services d'aide informelle

La spontanéité et la proximité caractérisent l'aide informelle. En effet, celle-ci provient de l'entourage immédiat (pair, parent) ou du voisinage. Sans structures, elle offre un support immédiat. Nous allons nous intéresser à l'aide informelle des amis et des parents qui semble, en ce qui a trait à la sexualité et à la grossesse à l'adolescence, la plus importante.

Les amis (pairs) occupent une place primordiale à l'adolescence. Des enquêtes faites auprès des jeunes nous montrent que les pairs sont les personnes les plus significatives et avec qui les adolescents préfèrent parler de toute question touchant la sexualité et la contraception[3,27]. De plus, l'utilisation d'un service de santé dépend souvent de la référence faite par les pairs.

Ces constatations amènent plusieurs intervenants à promouvoir l'entraide par les pairs (peer counselling, co-conseil) comme principal élément d'une information et d'une éducation à la sexualité. Le co-conseil consiste essentiellement à apprendre aux étudiants à s'intéresser aux autres et à s'occuper des autres. Il repose fortement sur la faculté de communiquer afin de faciliter la connaissance de soi et la prise de décision[5]. Un exemple de cette méthode appliquée à la sexualité des jeunes et fait au Québec est le projet «Multi-Jeunesse» mis de l'avant par le DSC de Rimouski. Un recrutement parmi les étudiants des milieux visés (maisons d'enseignement) permet la constitution de petits groupes de multiplicateurs qui recoivent une formation en dix rencontres. Cette formation vise le développement de relation naturelle d'aide qui respecte le style, la personnalité et les valeurs de chacun. En outre cette formation amène l'étudiant à parfaire sa connaissance de base sur la sexualité et surtout, sa connaissance des services existants de façon à ce qu'il puisse orienter, référer ses pairs et au besoin aller chercher une information manquante[4]. Ce programme n'aura pas augmenté la motivation des adolescents aux relations sexuelles contrairement à ce que plusieurs auraient pu penser et aura, en synergie avec d'autres interventions, contribué à augmenter les consultations pour contraception à la clinique de planification des naissances avant les premières relations sexuelles et ainsi à diminuer les grossesses non planifiées chez les adolescentes.

Il peut paraître paradoxal de terminer un inventaire du support offert aux adolescents en parlant *des parents*, les premières personnes responsables du devenir de l'adolescent. Ce choix ne vient pas diminuer l'importance du rôle du parent mais, au contraire, souligner son apport et ses besoins particuliers d'aide et de support pour l'établissement d'une saine communication parents-adolescents.

Sans nier l'importance du parent dans l'éducation du jeune, il faut aussi accepter que la société des années 80 offre aux adolescents plusieurs lieux ou d'autres personnes influencent à divers degrés les comportements des adolescents. La cellule familiale d'autrefois cède la place aux familles reconstituées, l'école du village à la polyvalente, les livres de chevet à l'omniprésence de la télévision et la famille élargie au groupe d'amis qui devient le symbole de socialisation. Aux nombreuses dimensions du phénomène de la grossesse à l'adolescence, de l'information sur la sexualité au parentage précoce, les parents agissent de différentes façons et apportent une aide dont l'impact varie. L'information et l'éducation à la sexualité dépend des parents mais aussi d'autres acteurs. Nous avons déjà décrit l'importance des pairs sur ce sujet. Ceci apparaît d'autant plus clair que la plupart des enquêtes faites auprès des jeunes de 12 à 17 ans indiquent que, parmi les problèmes ressentis par les jeunes, la communication parents-adolescents est souvent leur problème prioritaire[1,27]. Ce constat reflète la difficulté, peut-être accrue actuellement, d'accepter la démarche de l'adolescent vers une autonomie de plus en plus grande.

Afin d'appuyer les parents et leur rôle d'éducateur à la sexualité, la Direction générale de l'Éducation des adultes a élaboré en 1984-85 un programme d'éducation à la sexualité, volet parents. D'autres initiatives de ce genre faites par les DSC, CLSC, CSS, oganismes bénévoles ou communautaires (Maison

des Parents, Afeas, Fédération de la famille, etc.) appuient aussi les parents pour favoriser une saine relation parents-adolescents. De cette façon, c'est-à-dire en étant eux-mêmes davantage informés et empathiques à la réalité de leur jeune, les parents peuvent, tout comme les pairs et encore plus étant donné l'intimité qu'ils partagent avec l'adolescent, aider ce dernier à trouver des réponses à ses questions et prendre des décisions éclairées. Si un effort est consenti pour harmoniser la communication parents-adolescents sur la sexualité, il ne faudrait pas non plus oublier ces grands-parents précoces, les appuyer dans l'intégration de cet événement dans leur vie et favoriser l'aide que ces personnes significatives peuvent apporter à l'adolescent lors de la grossesse et du parentage.

Nous avons déjà mentionné l'influence des médias sur les jeunes. A défaut de les impliquer dans la prévention des grossesses non planifiées chez les adolescentes, il est important de se rendre compte de leur influence sur les attitudes des adolescents en regard de la sexualité.

En résumé, le réseau d'aide informelle est particulièrement significatif pour les jeunes. L'entraide par les pairs semble une avenue prometteuse. Il faut, par ailleurs, s'assurer de la pertinence de l'information que se donnent les jeunes entre eux. Les parents demeurent les premiers responsables du développement de l'adolescent. Par contre, tant à cause des particularités de cet âge que de l'évolution sociale des familles, la relation parents-adolescents est complexe et souvent perçue par les jeunes comme problématique. À cet effet, il nous semble important de sensibiliser et appuyer les parents afin qu'ils puissent fournir aux jeunes l'information et le support nécessaire. Enfin l'influence des médias est réelle, mais actuellement, elle nous semble peu aider les jeunes à adopter des attitudes contraceptives et responsables.

9.4 Conclusion

Cet inventaire des services voulait tracer un tableau global de l'ensemble des services susceptibles d'appuyer une action concertée vis-à-vis la grossesse à l'adolescence. Il nous semble important de conclure cet inventaire en insistant sur la répartition inégale et la fragilité de plusieurs de ces services.

L'éducation à la sexualité est loin d'être implantée dans le milieu scolaire malgré l'adoption par le Ministère de l'Éducation du programme de Formation Personnelle et Sociale. L'action des CLSC en milieu scolaire et au CLSC varie considérablement d'une localité à l'autre. L'action de la majorité d'entre eux se résume au travail de l'infirmière scolaire qui, généralement, est présente au plus une journée par semaine dans des écoles qui peuvent accueillir 1000 à 2000 ou même 3000 jeunes. Bien que l'implantation de cliniques des jeunes soit amorcée, celles-ci ne sont bien souvent accessibles que quelques heures par semaine.

L'accès à la contraception demeure problématique. Le débat entourant la Loi 42 ne facilite pas la tâche des médecins. Il n'existe que quelques cliniques de planification des naissances et celles-ci sont surtout situées dans les grands centres. L'accès à l'IVG est encore plus déficient. Les listes d'attente s'allongent, surtout pour les adolescentes de région périphérique. Des services ferment. Il devient de plus en plus difficile de recruter des médecins effrayés par d'éventuelles poursuites. Les adolescentes doivent souvent recourir à des services privés ce qui, pour plusieurs, n'est pas économiquement réalisable.

Pour celles qui poursuivent leur grossesse, le suivi prénatal est déficient. Le suivi post-natal se résume à une ou deux visites à domicile. Les services spécialisés ne suffisent plus à la demande. Leur clientèle s'alourdit et, faute de ressources, il n'existe que très peu de suivi post-natal.

Malgré la présence d'aide formelle, ces organismes vivent dans des situations financières précaires ce qui ne peut qu'entraver leur collaboration avec d'autres organismes du réseau de la santé et des services sociaux. Les expériences positives de collaboration demeurent exceptionnelles.

Enfin, même si les parents sont la pierre angulaire du support aux jeunes, ils sont trop souvent aux prises avec leurs propres problèmes, ils ont de la difficulté à établir une saine communication avec leurs adolescents et ils demeurent souvent négligés par l'intervention actuelle bien qu'ils soient, eux aussi, confrontés par la sexualité, la contraception et la grossesse à l'adolescence. Bien que les pairs puissent jouer un rôle positif dans l'information et la référence, le soutien apporté par le réseau de la santé, de l'éducation et des services sociaux à l'entraide par les pairs demeure le fait de projets-pilote isolés.

CHAPITRE IX

RÉFÉRENCES

1. AYOTTE, V., ROY, M.-R., *«Santé des adolescents: bilan des études et perspectives d'intervention»*, DSC du CHUL, Québec, 1984.
2. BAKER, M., *«Quand je pense à demain... Une étude sur les aspirations des adolescentes»*, Conseil Consultatif Canadien de la Situation de la Femme, Ottawa, 1985.
3. BÉRUBÉ, J., LÉGARÉ, G., MICHAUD, M.C., VOYER, J.: *«Multi-Jeunesse: groupes d'entraide en sexualité et planification des naissances»*, Rapport final, DSC, centre hospitalier régional de Rimouski, 1987.
4. BÉRUBÉ, J., LÉGARÉ, G., «La sexualité, l'apprendre et en discuter entre pairs», *Apprentissage et Socialisation*, vol. 8, no 4, décembre 1985, pp 116-118.
5. CARR, R.A., «Le co-conseil, théorie et pratique» cité dans Tessier, Monique, *«Sexualité et prévention: d'abord l'affaire des jeunes»*.
6. CHARBONNEAU, L., FORTIN, G., TESSIER, M. «La Clinique des Jeunes Saint-Denis», *Santé Mentale au Québec*, vol. 9, no 2, novembre 1984, pp. 74-83.
7. C.L.S.C. *«Les intervenantes(ts) des CLSC face à l'avortement»*, Rapport de colloque, novembre 1983.
8. Comité d'étude Suédois sur l'avortement, *Rapport annuel 1983.*
9. CRÉPAULT, Claude, «La sexualité aujourd'hui», *Traité d'anthropologie médicale: L'institution de la santé et de la maladie*, Institut québécois de la recherche sur la culture, 1985, pp. 733-741.
10. DECARY, Yves, *«Un pas de plus vers la connaissance de soi: l'éducation à la sexualité à l'école»*, Communication présentée au Colloque provincial en sexualité, Trois-Rivières, mai 1987.
11. DE KONNINCK, M., SAILLANT, F., DUNNINGAN, L., *«Essai sur la santé des femmes»*, Conseil du Statut de la femme, Québec, juin 1981.
12. FORGET, G., TREMBLAY, D., LAVOIE, F., *L'expérience de la maternité chez l'adolescente: l'état de la situation, inventaire du support offert et pistes d'action»*, DSC Honoré-Mercier, octobre 1986.
13. FRAPPIER, J.Y.: *«Évaluation d'un programme d'éducation sexuelle à l'école»*, Thèse de maîtrise en épidémiologie, Université Mc Gill, 1982.
14. GOURGUES, J.H., «L'expérience québécoise: une action préparée de longue main», *Revue de la Fédération pour le planning des naissances du Canada*, vol. 3, no 1, hiver 1982.
15. GOURGUES, J.H., *«Participation québécoise à l'International Conference on Adolescent Pregnancy and Childbearing»*, Ministère des Affaires Sociales, août 1985.
16. Group for the Advancement of Psychiatry, *«Crises of Adolescence: Teenage Pregnancy: Impact on Adolescent Development»*, Brunner/Mazel, 1986.
17. GUAY, J., LAPOINTE, Y., *«Document d'initiation aux types d'intervention communautaire»*, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, novembre 1985.
18. GUAY, J., *«L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle»*, ed. Gaétan Morin, 3e trimestre 1984.
19. International Planned Parenthood Federation Europe Region (I.P.P.E.) *«Adolescents Planning Contraceptive and Counselling Services»*, Londres, 1986.
20. JONES, E.F. *«Teenage Pregnancy in Industrialized Countries»*, Yale University Press, 1986.
21. LAPLANTE, Yves, MARCHAND, Yolande, *«Périnatalité en milieux populaires»*, DSC Maisonneuve-Rosemont, 1986.
22. MEIKLE, S., PEARCE, K.I., PEITCHINIS, J., PYSH, F., *«An Investigation into the Sexual Attitudes, Knowledge and Behaviour of Teenage School Students»*. Prepublication report, 1981. Calgary, Canada.
23. PETTIGREW, J., BROSSEAU, P., *«Quelques services offerts aux adolescentes enceintes poursuivant leur grossesse»*, MSSS, 1986.
24. Regroupement des Maisons de Jeunes du Québec, *«Une Maison de jeunes: Document de base»*, Montréal, juillet 1983.

25. ROY, André et coll., *«Les cours prénatals: Analyse critique et prospective»*, DSC Hôtel-Dieu de St-Jérome, janvier 1983.
26. STE-MARIE, Anne, «Pour que les mères adolescentes puissent finir leur secondaire», *Fédé-Express*, vol. 9, no 7, juin 1986, pp 17-18.
27. TESSIER, Monique, *«Sexualité et prévention: d'abord l'affaire des jeunes»*, Bureau de consultation jeunesse inc., 1985, 69 pages.
28. WILKINS, J. et coll., *«Médecine de l'adolescence: une médecine spécifique»*, Hôpital Ste-Justine, 1985.
29. WURTELE-TREMBLAY, Diane, FORGET, G., *«Projet d'implantation d'une clinique de planification familiale au Centre hospitalier Honoré-Mercier» DSC Honoré-Mercier, septembre 1985.*

CHAPITRE X

PRINCIPES D'INTERVENTION ET RECOMMANDATIONS

La grossesse à l'adolescence touchait au Québec en 1985, 7711 adolescentes, dont 3527 ont donné naissance à un enfant. Elle touche aussi les partenaires dont plus de 600 pères adolescents en plus d'avoir un impact sur les familles de ces adolescents. Près *d'une adolescente sur huit* de la génération de celles qui ont eu vingt ans en 1985 ont connu au moins une grossesse pendant leur adolescence. Notons aussi que les taux de grossesse à l'adolescence augmentent et ce, plus particulièrement, chez les plus jeunes adolescentes. Le choix des adolescentes quant à l'issue de leur grossesse se porte actuellement, à part égale, entre sa poursuite et son interruption. Les IVG sont en augmentation constante particulièrement chez les plus jeunes. Notons aussi une augmentation notable des avortements tardifs qui nécessitent des services spécialisés et dont les conséquences physiques et psychologiques sont plus importantes. La grossesse à l'adolescence n'est donc pas un phénomène marginal. Responsable du plus haut taux d'hospitalisation chez les adolescentes, elle peut aussi entraîner des séjours prolongés pour les enfants de mères adolescentes qui, plus que tout autre, naissent prématurément.

Outre les conséquences physiques de la grossesse (mortalité infantile, complications périnatales, complications post-IVG, etc.), cet événement peut altérer l'équilibre psychologique des adolescents. Enfin, s'il ne faut pas sous-estimer l'impact physique et psychologique de cet événement, les conséquences sociales sont énormes: responsable de la sous-scolarisation de plusieurs, facteur prédictif de la violence ou de la négligence d'enfants, la grossesse à l'adolescence est un des principaux maillons du cycle de la pauvreté.

Pour une société qui veut assurer à l'ensemble de ses concitoyens des conditions optimales de santé, et qui, à l'exemple d'autres sociétés industrialisées, veut offrir des services de santé et des services sociaux de qualité, nous croyons qu'il devient impérieux d'agir de façon concertée à:

- Promouvoir une attitude contraceptive responsable;
- Prévenir les grossesses non planifiées;
- Limiter les conséquences biopsychosociales de la grossesse à l'adolescence.

10.1 Les principes

Afin de rejoindre ces objectifs, le Comité propose une série de recommandations qui constituent un cadre de travail qu'il considère réaliste et efficace. Elles reposent sur les principes suivants:

La prépondérance de la prévention

Les coûts sociaux de la grossesse à l'adolescence sont importants. Nous avons déjà souligné que la prévention peut les réduire sensiblement. De plus, la prévention faite dans le cadre de la grossesse à l'adolescence vise à entraîner l'adoption de comportements contraceptifs responsables qui assurent, non seulement à l'adolescence, mais aussi pour toute la période où les individus sont en mesure de procréer, une prise en charge positive de la santé sexuelle de chacun. En ce qui a trait à la grossesse à l'adolescence, une prévention efficace viendra non seulement réduire les difficultés reliées à cette situation mais aussi éviter à long terme les conséquences biopsychosociales pour la mère, le père et l'enfant.

La normalité de l'adolescence et du développement de la sexualité

Il nous apparaît important d'insister sur la normalité de l'adolescence comme étape du développement des individus et d'intégrer cette dimension à notre compréhension des jeunes et à nos interventions. Si nous pensons que l'adolescence est une étape normale, il nous apparaît aussi normal de reconnaître la sexualité comme une composante intrinsèque du développement de l'individu.

L'hétérogénéité des adolescents

Bien que l'adolescence soit une étape commune du développement des individus, ces derniers proviennent de cultures, de familles et de milieux socio-économiques différents. Ils ont de plus des caractéristiques personnelles variées et leurs difficultés sont vécues à des degrés et de façon variable. Les interventions visant les jeunes doivent respecter ces particularités, identifier des groupes-cible et s'y adapter.

L'égalité des sexes

Bien que la grossesse à l'adolescence puisse affecter davantage l'adolescente, ce problème engage la responsabilité des deux sexes. À cet effet, il nous semble important que toute approche, tout contenu élaboré et véhiculé en regard de cette problématique soient conçus en tenant compte des deux sexes et diffusés de façon à rejoindre également l'adolescent et l'adolescente.

L'universalité des services

Le système de santé et des services sociaux du Québec se caractérise notamment par son accessibilité universelle. Or, en raison de la situation particulière de la population adolescente, nous croyons important d'actualiser réellement ce principe en regard de tous les services reliés d'une façon ou d'une autre à la problématique de la grossesse à l'adolescence.

Le libre-choix de l'issue désirée

Notre propos n'est pas d'opposer ou de favoriser l'une ou l'autre issue. L'approche privilégiée est de responsabiliser les adolescents, leur fournir l'information nécessaire à un choix éclairé et les supporter dans l'issue qu'ils choisissent et non pas qui leur est imposée, valorisée ou encore cachée. Ils ne doivent pas considérer la grossesse comme un substitut à leur développement personnel et social. Lorsque leur choix est fait, ils doivent s'attendre à recevoir, au sein du réseau de la santé et des services sociaux, l'aide, le soutien et les services nécessaires.

10.2 Les recommandations

Les recommandations qui suivent reprennent les thèmes abordés précédemment. Elles touchent aussi la concertation, la recherche et la formation.

10.2.1 L'éducation et l'information sur la sexualité

La libéralisation des moeurs, l'omniprésence de la sexualité dans les médias, l'accessibilité grandissante de vidéos où l'exploitation sexuelle constitue plus souvent qu'autrement, la trame de fond des scénarios, la maturation sexuelle précoce des jeunes et la sexualité active des adolescents sont autant de raisons qui font valoir la nécessité d'une éducation et d'une information sur la sexualité. Il n'est pas de notre ressort de porter un jugement moral sur ces divers éléments. Nous voulons seulement prévenir les conséquences qui peuvent prévaloir lors d'activités sexuelles non protégées. Si les maladies transmissibles sexuellement (M.T.S.) poussent les autorités à s'engager dans des campagnes de promotion de la santé, il nous semble tout aussi urgent de mettre l'accent sur une éducation et une information visant à l'intégration de la dimension sexuelle dans le développement de l'adolescent. Ceci servira aussi à prévenir les grossesses précoces et faire valoir une attitude contraceptive responsable. Pour ce faire, nous recommandons:

1. **Que le Ministère de l'Éducation s'assure de l'implantation effective dans toutes les écoles du Québec du programme de Formation Personnelle et Sociale et principalement, de son volet « éducation à la sexualité » dans sa formule originale et ce, dans les délais prescrits.**

Si l'intégration dans le curriculum des jeunes d'une éducation à la sexualité est un pas dans la bonne direction, elle ne peut, à elle seule, suffire à atteindre les objectifs précités. Nous avons mentionné l'influence des médias et signalé que le jeune passe, en moyenne, plus d'heures à l'écoute de l'information médiatisée qu'en milieu scolaire. À cet effet, nous recommandons:

2. **Que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux diffuse périodiquement une publicité sociétale sur la prévention de la grossesse à l'adolescence.**

3. **Que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux stimule ou supporte la production d'émissions sur une sexualité saine et responsable.**

Le M.S.S.S. par sa récente campagne sur les MTS prévoyait, outre une campagne mass-médiatique, une information dans les milieux scolaires. Nous ne pouvons qu'abonder dans un sens qui favorise la synergie des diverses interventions. À cet effet, nous recommandons:

4. **Que le M.S.S.S. en collaboration avec le M.E.Q. et les Commissions Scolaires du Québec favorise l'utilisation dans toutes les écoles de la province du matériel produit sur la sexualité des jeunes.**

Nous avons insisté sur l'importance des pairs à l'adolescence. Les expériences faites ici et ailleurs ont démontré que l'entraide par les pairs conjuguée aux moyens mentionnés précédemment favorise une attitude sexuelle et contraceptive responsable. A cet effet, nous recommandons:

5. **Que les CLSC en collaboration avec les directions d'école développent dans les écoles secondaires des programmes de co-conseil en sexualité selon des formules appropriées.**

Nous avons souligné le rôle des parents dans le développement de l'enfant. Nous avons aussi mentionné que tant pour le jeune, que pour les parents, la relation parents-adolescents est une réalité complexe qui pose souvent problème. Afin de soutenir les parents de façon à ce que ces derniers puissent comprendre et supporter les jeunes, nous recommandons:

6. **Qu'une campagne mass-médiatique d'information axée sur la communication parents-adolescents soit mise sur pied.**
7. **Que le M.E.Q. par son programme d'éducation aux adultes rende accessible dans toutes les régions des cours sur l'adolescence et la sexualité à l'adolescence et que les CLSC et les Commissions Scolaires les publicisent.**
8. **Que les expériences de forum parents-adolescents soient reprises par les CLSC, Maisons de Jeunes, regroupements de parents, etc.**

10.2.2 La contraception

Beaucoup d'adolescents n'utilisent pas de méthodes contraceptives lors d'une première relation sexuelle. La non-contraception est due à plusieurs facteurs. Certains de ceux-ci sont du ressort de l'individu et dans ce cas, l'éducation à la sexualité peut concourir à enrayer ces fausses idées (pensée magique, méconnaissance, etc.). D'autres sont extérieurs à l'individu et touchent principalement l'accessibilité géographique, organisationnelle et économique. À cet effet, nous recommandons:

9. **Que soient créés dans chaque territoire de CLSC des cliniques-jeunesse dotées d'une équipe multidisciplinaire offrant des services médicaux et psychosociaux adaptés aux jeunes.**
10. **Que soient maintenus ou créés dans des centres régionaux, si possible universitaires, des services spécialisés impliqués dans la formation et la recherche en adolescence.**
11. **Que ces services soient publicisés et connus de tous les organismes en contact avec des jeunes.**

L'ensemble des mesures d'éducation et d'information sur la sexualité sont destinées à promouvoir entre autres, une attitude contraceptive responsable. Ce faisant, nous croyons que le jeune sera à même de prendre une décision éclairée sur sa sexualité. Afin de lui assurer l'accès à la contraception, nous recommandons:

12. **Que l'article 42 de la Loi sur la Santé Publique soit amendée de façon à garantir l'accès à la contraception, la prescription et le suivi requis, de façon confidentielle pour tous les adolescents capables de discernement.**

Une raison de non-contraception souvent invoquée est le coût des contraceptifs. Les jeunes sont dépendants financièrement et considèrent souvent plus aisé de prendre un risque que de demander à leurs parents l'argent nécessaire à l'achat de méthodes contraceptives. Considérant le coût social d'une grossesse à l'adolescence, nous recommandons:

13. **La gratuité des méthodes contraceptives pour les jeunes de moins de dix-huit ans.**

10.2.3 La poursuite de la grossesse

Les mères adolescentes sont plus susceptibles de donner naissance à des enfants prématurés. La littérature confirme qu'un suivi prénatal s'avère un moyen efficace pour la diminution de la prématurité chez les enfants de mères adolescentes. Les pratiques actuelles démontrent par ailleurs, qu'il est difficile de rejoindre cette clientèle. Les médecins voient, à un moment ou l'autre, l'ensemble des adolescentes qui poursuivent leur grossesse. Afin de favoriser un suivi prénatal continu, nous recommandons:

14. **Que le MSSS et la Corporation des médecins du Québec favorisent la complémentarité des services en enjoignant tous les médecins du Québec à référer les adolescentes enceintes qui les consultent au CLSC de leur localité afin que ces dernières puissent bénéficier d'un support prénatal supplémentaire et adapté.**
15. **Que les CLSC offrent prioritairement un support prénatal multidisciplinaire individuel et/ou de groupe aux adolescentes.**
16. **Qu'un plan d'intervention pré-per et post-natal adapté soit instauré pour chacune des adolescentes.**
17. **Que des CLSC des territoires socio-économiquement défavorisés puissent intégrer des médecins qui assureront, à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire, le suivi médical des adolescentes enceintes.**

Nous avons noté l'influence de la famille sur la prise de décision et son rôle dans le support à l'adolescente qui poursuit sa grossesse. À cet effet, nous recommandons:

18. **Que lors du suivi prénatal de l'adolescente enceinte, un support à la famille soit offert.**

Nous avons insisté sur l'expertise développée par les centres d'hébergement. Nous croyons que cette expertise pourrait être profitable aux autres personnes en contact avec les adolescentes qui poursuivent leur grossesse. À cet effet, nous recommandons:

19. **Que dans les régions où ils existent, une collaboration soit établie entre les centres d'hébergement pour mères en difficulté et les autres services et ressources préoccupés par la grossesse à l'adolescence.**

Nous savons que la grossesse à l'adolescence entraîne souvent l'interruption des études. Or, à l'heure actuelle, le milieu scolaire ne permet pas à l'adolescente de poursuivre ses études lors de la grossesse. À cet effet, nous recommandons:

20. **Que soient implantés dans toutes les régions du Québec des programmes scolaires facilitant la poursuite des études pour l'adolescente enceinte.**

Le support aux parents adolescents, aux familles respectives et à l'enfant est capital pour ceux-ci. À cet effet, nous recommandons:

21. **Que soit amélioré le support post-natal aux parents adolescents et à leur enfant par un suivi prolongé, des rencontres favorisant le développement de la compétence parentale et par un support aux familles de parents adolescents.**

Suite à la naissance de l'enfant, l'adolescente peut décider de le confier à l'adoption. Cette issue doit lui avoir été présentée en prénatal et suite à l'accouchement, elle nécessite un support à la fois matériel et psychologique. À cet effet, nous recommandons:

22. **Qu'un suivi des adolescentes confiant l'enfant à l'adoption soit fait afin de favoriser la résolution du deuil qui accompagne cet événement.**

23. **Qu'un support financier sous forme d'Aide Sociale soit accessible à l'adolescente qui confie son enfant à l'adoption afin de favoriser sa réorganisation sociale.**

10.2.4 L'interruption volontaire de grossesse

Plus de 45 % des grossesses à l'adolescence se terminent par une IVG. L'IVG demeure une intervention exceptionnelle mais, conséquemment aux principes énoncés et aux objectifs poursuivis, nous croyons nécessaire que les jeunes puissent avoir accès à des services de qualité. Actuellement une accessibilité déficiente conjuguée à l'absence d'information et l'ambivalence des jeunes entraînent un trop grand nombre de celles-ci à avoir recours à un avortement tardif ou à attendre trop longtemps entre leur premier contact avec les ressources en place et l'intervention. À cet effet, nous recommandons:

24. **Qu'il y ait dans tous les territoires des Départements de Santé Communautaire (32 sous-régions) des services d'IVG accessibles.**

Nous avons déjà insisté sur les conséquences biopsychosociales reliées à cette intervention. Afin non seulement d'assurer l'accessibilité des services mais aussi la qualité de ceux-ci, nous recommandons:

25. **Que l'IVG soit offerte à l'intérieur des programmes structurés de planification des naissances.**

26. **Que chacun des services offrant l'IVG s'assure que les adolescentes reçoivent des services de counselling pré et post IVG.**

Malgré l'instauration de tels services, il y existera toujours des IVG du second trimestre. À cet effet, nous recommandons:

27. **Que parmi les centres qui offrent le service d'IVG, certains se spécialisent dans l'IVG du second trimestre.**

L'IVG est une mesure qui provoque sans cesse de nombreux débats publics. Afin de permettre à celles qui choisissent l'IVG comme l'issue de leur grossesse non planifiée l'accès à ces services sans avoir à subir l'opprobre social, nous recommandons:

28. **Que les gouvernements provinciaux et fédéraux légifèrent conjointement dans le but de décriminaliser l'avortement.**

10.2.5 Le garçon adolescent

Bien que dans nos principes, nous énonçons que toute approche et tout contenu doivent être élaborés en fonction des deux sexes, la grossesse à l'adolescence demeure un sujet qui est lié davantage aux attitudes, aux comportements et aux réalités des adolescentes. Néanmoins, les garçons sont tout autant concernés et affectés par cet événement. À cet effet, nous recommandons:

29. **Qu'un contenu spécifique aux attitudes et comportements contraceptifs masculins soit développé et véhiculé dans l'éducation et l'information sur la sexualité.**

30. **Que le support pré et post-natal et le counselling pré et post-IVG considèrent le partenaire de l'adolescente.**

31. **Que le support et l'implication des familles des adolescents soient aussi prévus dans les interventions.**

Certaines recherches tendent à démontrer qu'une information sur la sexualité axée sur la parentalité augmenterait la responsabilité contraceptive masculine. À cet effet, nous recommandons:

32. **Qu'un projet-pilote en éducation à la sexualité axée sur la parentalité soit entrepris dans une région du Québec.**

10.2.6 Adolescents à risque

Nous avons insisté tout au long de ce document sur l'hétérogénéité des adolescents et sur l'existence de clientèles à risque. Deux de ces clientèles ressortent particulièrement: les jeunes de milieux défavorisés et les jeunes en centre d'hébergement. Il est reconnu que les premiers poursuivent majoritai-

rement leur grossesse et ainsi, trop souvent, se plongent dans une situation où la pauvreté devient un mode de vie. À cet effet, nous recommandons:

33. **Qu'un projet exemplaire d'intervention, c'est-à-dire un projet évalué de façon continue et reconnu comme lieu permanent d'expérimentations et de formation, sur la grossesse à l'adolescence soit entrepris auprès des jeunes de milieux défavorisés ou perturbés, à l'aide d'une équipe multidisciplinaire et de représentants des jeunes.**

La clientèle des centres d'hébergement est composée de plus en plus d'adolescentes à problèmes multiples, plus jeunes et référées par la DPJ. La clientèle s'alourdit. Étant donné la valeur de ces services et afin de les appuyer dans les mesures préventives qu'ils peuvent mettre de l'avant, nous recommandons:

34. **Que le MSSS reconnaisse les centres d'hébergement pour mères en difficulté comme des services essentiels et qu'il les appuie par des ressources humaines et financières adéquates.**

35. **Qu'en collaboration avec l'Office des Services de Garde, le MSSS et un centre d'hébergement, un projet exemplaire de garderie thérapeutique soit instauré de façon à faciliter le développement de la compétence parentale et le suivi du jeune enfant.**

10.2.7 La concertation

La grossesse à l'adolescence est un problème complexe à multiples facettes et surtout, qui fait appel au travail de nombreux établissements et intervenants. Afin d'atteindre les objectifs visés, nous recommandons:

36. **Qu'un mécanisme permanent de concertation entre le MSSS et le MEQ soit mis sur pied afin de favoriser et harmoniser l'information et l'éducation à la sexualité.**

37. **Que dans chaque territoire de DSC, une table de concertation jeunesse réunissant les commissions scolaires, les établissements de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires soit mise sur pied afin de favoriser les interventions visant la prévention de la grossesse à l'adolescence.**

38. **Que tous les intervenants de ces régions (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, professeurs, etc.) soient informés sur les services et ressources offerts aux adolescents.**

Nous avons constaté l'importance du réseau d'aide naturelle des adolescents. Bien que ce dernier ne puisse fournir l'ensemble des services liés à la grossesse à l'adolescence, il est un élément important d'une stratégie concertée d'intervention. À cet effet, nous recommandons:

39. **Que le gouvernement assure le financement nécessaire au bon fonctionnement des organismes communautaires (Maisons de Jeunes, Centres de santé) oeuvrant auprès des jeunes.**

10.2.8 La formation

Pour atteindre les objectifs précités, la sensibilisation aux conséquences liées à la grossesse à l'adolescence présuppose la formation des intervenants. À cet effet, nous recommandons:

40. **Que le MSSS offre une formation avec mises à jour régulières sur la sexualité à l'adolescence dans toutes les régions du Québec.**

41. **Que le MSSS offre une formation avec mises à jour régulières sur la grossesse à l'adolescence dans toutes les régions du Québec.**

42. **Que le M.E.Q. s'assure de la formation continue du personnel chargé de transmettre le programme de Formation Personnelle et Sociale.**

Considérant le manque de relève en interruption volontaire de grossesse ainsi que la pertinence de la connaissance de cet aspect de la planification des naissances pour un travail axé sur les besoins des adolescents, nous recommandons:

43. **Qu'à l'intérieur de la formation des médecins se spécialisant en gynécologie-obstétrique soit incorporée une section obligatoire en planification des naissances traitant entre autres, de l'approche et des problèmes spécifiques à l'adolescence.**

44. **Que soit intégrée à la formation des omnipraticiens une section obligatoire en planification des naissances traitant entre autres, de l'approche et des problèmes spécifiques à l'adolescence.**

45. **Qu'une formation continue soit assurée aux infirmières et aux intervenants psycho-sociaux sur la planification des naissances.**

Afin de s'appuyer sur l'influence des pairs, l'intervention auprès des jeunes doit susciter la formation de multiplicateurs informés. Les projets d'entraide par les pairs semblant un moyen d'information efficace, nous recommandons:

46. **Qu'une formation sur l'entraide par les pairs soit rendue disponible aux personnes intéressées.**

L'adoption étant, actuellement, un sujet controversé, les intervenants devraient être informés afin de pouvoir présenter et supporter l'adolescente qui choisit de confier son enfant à l'adoption. À cet effet, nous recommandons:

47. **Qu'en collaboration avec le Directeur de la Protection de la Jeunesse, les centres d'hébergement qui ont développé une approche face à l'adoption soient chargés de former et d'informer les autres intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sur ce sujet.**

10.2.9 La recherche

Dans chacun des volets de ce document, plusieurs pistes de recherche sont déjà implicitement mentionnées. Par ailleurs, afin d'alimenter la réflexion d'ici et d'ailleurs, certains éléments retiennent notre attention. À cet effet, nous recommandons:

48. **Qu'une évaluation de l'implantation et des effets du programme de Formation Personnelle et Sociale soit faite.**
49. **Qu'une recherche descriptive soit entreprise dans le but de documenter les diverses situations du père ou du partenaire de la mère adolescente.**
50. **Qu'une recherche sur l'impact des médias sur les attitudes des adolescents en matière de sexualité soit entreprise.**
51. **Qu'un centre de documentation provincial sur la situation de l'IVG soit mis sur pied.**
52. **Que les risques liés au parentage à l'adolescence soient documentés.**

Ce travail décrit les multiples facettes de la grossesse à l'adolescence. Conséquemment à la volonté exprimée d'oeuvrer prioritairement sur cette problématique et afin de voir à l'implantation des diverses mesures préconisées, nous recommandons:

53. **La mise sur pied d'un Comité Aviseur au MSSS formé de représentants du MSSS – MEQ, DSC, CLSC, CH (avec cliniques de planning) et Université chargé de recueillir l'information nécessaire à l'évaluation de la situation de la grossesse à l'adolescence au Québec, de la diffuser, de stimuler, appuyer et conseiller dans l'opérationnalisation et le suivi des recommandations établies.**
54. **Qu'une Fondation provinciale regroupant les secteurs privés et publics et diverses associations soit mise sur pied afin de supporter les recherches entreprises sur l'état de santé sexuelle et globale des adolescents.**

10.3 Plan d'action

Si toutes les recommandations proposées peuvent avoir un impact sur la problématique de la grossesse à l'adolescence, nous considérons certaines d'entre elles comme prioritaires. Celles-ci doivent donc être mises en oeuvre sans tarder si nous voulons favoriser l'adoption d'attitudes contraceptives responsables, prévenir les grossesses non planifiées et limiter les conséquences biopsychosociales des grossesses à l'adolescence.

I. L'implantation effective du programme de Formation Personnelle et Sociale et ce, dans toutes les écoles de la province. Cette implantation doit être soutenue par la formation continue des enseignants et la mise sur pied, dès que possible, de l'évaluation de l'implantation et de l'effet de l'éducation à la sexualité sur les attitudes et comportements des adolescents.

II. La formation des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sur l'adolescence, la sexualité et la grossesse à l'adolescence.

III. L'implantation dans toutes les régions du Québec de programmes de co-conseil en sexualité ou de programmes équivalents impliquant la participation active des adolescents.

IV. L'information et le support aux parents sur la sexualité à l'adolescence et la communication parents-adolescent.

V. La recherche sur l'impact des médias sur les attitudes et comportements des adolescents en regard de la sexualité.

VI. L'implantation dans tous les territoires de CLSC de cliniques-jeunesse où seraient offerts des services médicaux et psychosociaux adaptés aux adolescents ainsi que le maintien et la création de services spécialisés dans les Centres hospitaliers universitaires ou régionaux impliqués dans la formation et la recherche en adolescence.

VII. L'amendement de l'article 42 de la Loi sur la santé publique et son équivalent dans la Loi 20 ainsi que la décriminalisation de l'IVG.

VIII. L'implantation dans tous les territoires de DSC de services d'IVG à l'intérieur de programmes structurés en planification des naissances.

IX. Le développement de plans d'intervention adaptés pour le suivi pré, per et post-natal des adolescentes enceintes en incluant le partenaire et la famille.

X. La reconnaissance et le support financier des centres d'hébergement.

XI. La sensibilisation à la problématique de l'adoption par le biais de la formation des intervenants, d'un suivi particulier des adolescentes et d'un support financier visant leur réorganisation sociale.

XII. L'implantation de garderies thérapeutiques permettant le développement optimal de la mère et de l'enfant et leur suivi pendant deux ans au minimum.

XIII. Le développement dans toutes les régions du Québec de programmes scolaires adaptés aux besoins des mères adolescentes leur permettant de poursuivre leurs études.

Finalement, afin de s'assurer du suivi et de l'opérationnalisation de ces recommandations, il nous semble essentiel que l'on procède à:

XIV. La Création d'un Comité Aviseur formé de représentants du MSSS, du MEQ, des DSC, des CLSC, des cliniques de planning et des Universités chargé de recueillir l'information, la diffuser, stimuler, appuyer et assurer le suivi de l'ensemble des recommandations contenues dans cet Avis.

CONCLUSION

Dans cet avis sur la grossesse à l'adolescence, nous avons décrit l'ensemble des composantes, des situations et des issues que posent l'annonce d'une grossesse pour les adolescents. Nous avons aussi signalé les différentes actions menées par les services publics, spécialisés et le réseau d'aide naturelle afin de prévenir les grossesses non planifiées et supporter les adolescents dans leurs démarches. Nous avons aussi insisté sur les limites de ces actions. Enfin, en accord avec les objectifs proposés, nous recommandons une série de mesures que nous considérons réalistes et efficaces.

Les différents taux québécois associés à la grossesse à l'adolescence nous révèlent deux éléments importants. D'une part, ceux-ci sont supérieurs aux taux observés dans d'autres sociétés industrialisées. D'autre part, la tendance notée pour les dernières années révèle que ces taux augmentent et que cette augmentation est encore plus notable chez les plus jeunes adolescents . Si nous pouvons affirmer que pour les adolescentes qui ont eu vingt ans en 1985, une sur huit aura connu une grossesse au cours de son adolescence, laisserons-nous la tendance observée accroître encore ce nombre?

Le phénomène de la grossesse à l'adolescence vient interférer avec le développement de l'adolescent. Nous avons insisté longuement sur les risques que cela comporte et surtout, sur les conséquences sociales d'un événement précipité autant pour la jeune fille que pour le garçon. Une action concertée en ce domaine est un premier pas vers une solution plus globale de la lutte à la pauvreté.

La grossesse à l'adolescence se situe aussi dans le questionnement actuel de la société québécoise sur la natalité. Bien qu'il faille inclure dans cette réflexion les adolescents, le problème de la dénatalité au Québec ne nous apparaît pas être celui des jeunes. Ce problème d'adulte doit être pensé et solutionné en fonction des adultes.

La réflexion d'ensemble sur la périnatalité prévoyait notamment de documenter la situation de la grossesse à l'adolescence. Nous avons tenté de décrire le plus exhaustivement possible cette situation de façon à renseigner l'ensemble des personnes concernées et à illustrer la nécessité d'une action concertée. Le bien-être des jeunes et la réponse à leurs besoins auront été les deux éléments qui ont constamment guidé notre réflexion. La grossesse à l'adolescence devient maintenant une responsabilité personnelle et sociale.

H 6561
Ex.2

AUTEUR Charbonneau, Louise et al.
MSSS - AHQ

TITRE Adolescence et fertilité: une responsabilité personnelle et sociale
Avis sur la grossesse à l'adolescence

DATE	NUMÉRO DU LECTEUR	DATE	NUMÉRO DU LECTEUR

Bibliofiches — 27

H 6561
ex. 2

Gouvernement du Québec
**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

en collaboration avec **l'Association des hôpitaux du Québec**

AHQ

89-809