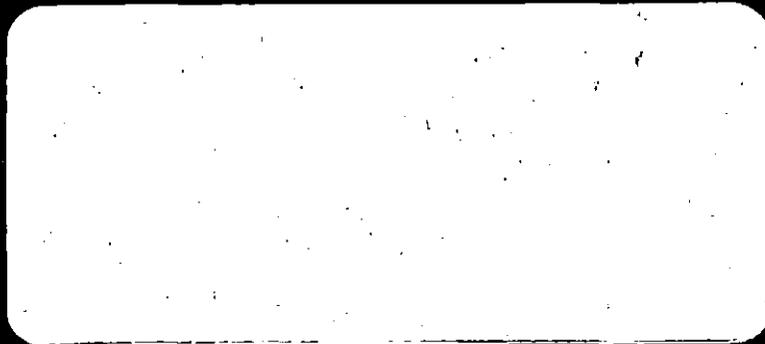




RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX

LANAUDIÈRE

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE



HQ  
27  
D333  
1997

INSPQ - Montréal



3 5567 00003 0988



---

**ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR UN PLAN D'ACTION  
SUR LA PLANIFICATION DES NAISSANCES  
ET LA PRÉVENTION DES GROSSESSES  
ET DES MTS À L'ADOLESCENCE**

**Rapport de consultation**

**Par**

**FRANCE DELAGRAVE  
Agente de planification et programmation**

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

**DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
Régie régionale de la santé et des services sociaux  
de Lanaudière**

**NOVEMBRE 1997**



---

Conception, analyse, rédaction, dactylographie : France Delagrave  
Réalisation des entrevues : France Delagrave  
Mise en page finale : Josée Charron et Colette Dupuis

Dans ce document, l'usage du masculin inclut la forme féminine.

Ce document est le rapport d'une consultation portant sur la situation actuelle des services en planification des naissances et en prévention des grossesses et des MTS à l'adolescence. Il est possible de se procurer ce document en communiquant à la :

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière  
1000, boul. Ste-Anne  
Saint-Charles-Borromée (Québec)  
J6E 6J2  
Téléphone : (514) 759-9900  
Télécopieur : (514) 759-5149

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière  
1000, boul. Ste-Anne  
Saint-Charles-Borromée (Québec)  
J6E 6J2  
Téléphone : (514) 759-9900  
Télécopieur : (514) 759-5149

Dépôt légal :  
ISBN : 2-921704-73-0  
Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque nationale du Québec  
Quatrième trimestre 1997

**LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

<b>CÉGEP</b>	<b>Collège d'enseignement général et professionnel</b>
<b>CH</b>	<b>Centre hospitalier</b>
<b>CLSC</b>	<b>Centre local de services communautaires</b>
<b>DSP</b>	<b>Direction de la santé publique</b>
<b>FPS</b>	<b>Formation personnelle et sociale</b>
<b>IVG</b>	<b>Interruption volontaire de grossesse</b>
<b>MRC</b>	<b>Municipalité régionale de comté</b>
<b>MSSS</b>	<b>Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)</b>
<b>MTS</b>	<b>Maladies transmises sexuellement</b>
<b>PAP TEST</b>	<b>Test de Papanicolaou, méthode de dépistage du cancer du col de l'utérus</b>
<b>RAMQ</b>	<b>Régie de l'assurance-maladie du Québec</b>
<b>SIPE Lanaudière</b>	<b>Sida Information, Prévention et Écoute Lanaudière</b>
<b>VIH</b>	<b>Virus de l'immunodéficience humaine</b>
<b>VPH</b>	<b>Virus des papillomes humains</b>
<b>VHS</b>	<b>Virus à Herpès simplex</b>

## REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont accepté de participer aux entrevues. Leur grande disponibilité de même que leur générosité à parler de leur travail auprès des adolescents ont permis de tracer un portrait riche et actuel de la situation que vivent les jeunes en lien avec la grossesse, les maladies transmissibles sexuellement (MTS) et la sexualité.

Un merci tout particulier à :

Denise Bellefleur, intervenante, Centre des femmes de Montcalm;  
Françoise Côté, infirmière scolaire, Écoles secondaires Achigan et Havre-Jeunesse, CLSC Montcalm;  
Monique Côté, infirmière, CLSC Lamater;  
Louise Coulombe, infirmière, CLSC Joliette;  
Marcelle Dumont-Racine, infirmière scolaire, Cégep Joliette-de-Lanaudière, CLSC Joliette;  
Johanne Gilbert, travailleuse sociale, CLSC Matawinie;  
Lucie Hébert, infirmière scolaire, École secondaire L'Érablière, CLSC de Matawinie;  
Sylvie Lalonde, infirmière scolaire, CLSC D'Autray;  
Nicole Laramée-Héroux, infirmière, Clinique des jeunes, Repentigny, CLSC Le Méandre;  
Lynne La Salle, enseignante au programme de formation personnelle et sociale (FPS), École secondaire Léopold-Gravel;  
Sylvain Lévesque, travailleur communautaire, La Maison des jeunes de Repentigny;  
Martine Martin, médecin, CLSC Joliette;  
Agathe Naud, infirmière scolaire, CLSC de Matawinie;  
Estelle Pépin, infirmière scolaire, CLSC de Matawinie;  
Diane Richard, travailleuse communautaire, La Maison des jeunes de Repentigny;  
Claudie Riendeau, médecin, CLSC de Matawinie et Polyvalente Rawdon;  
Sonny Sigouin, travailleur de rue, Association pour les jeunes de la rue de Joliette;  
Jacynthe Thériault, travailleuse de rue, Association pour les jeunes de la rue de Joliette;  
Robert Tremblay, médecin, Clinique familiale des Prairies;  
Guylaine Vallée, intervenante, Association pour les jeunes de la rue de Joliette.

Mes remerciements vont également à Dalal Badlissi pour son appui et sa collaboration tout au long de ce projet. Elle a de plus effectué la recherche des données statistiques et a participé à leur présentation au début de ce rapport. Je remercie aussi Martine Martin et Guylaine Arbour pour leur contribution lors de la préparation de la grille d'entrevue destinée à la consultation et Élisabeth Cadieux pour son appui lors de la mise en forme de ce rapport. Je remercie également Josée Charron pour la finalisation de la mise en page.

Enfin, je remercie mes collègues de la Direction de la santé publique de Lanaudière, Élisabeth Cadieux, Robert Peterson, Ginette Lampron, Martine Martin, Murielle Lafarge, André Guillemette et Guylaine Arbour qui ont lu ce rapport et qui l'ont enrichi de leurs commentaires et de leurs suggestions.

**TABLE DES MATIÈRES**

**LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS..... iii**

**REMERCIEMENTS ..... iv**

**TABLE DES MATIÈRES ..... v**

**LISTE DES TABLEAUX..... vii**

**LISTE DES ANNEXES ..... viii**

**INTRODUCTION ..... 1**

**1. SURVOL DE LA PROBLÉMATIQUE ..... 1**

    1.1 LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE ..... 2

    1.2 LES MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT (MTS/SIDA)..... 3

    1.3 LA PRÉVENTION DES GROSSESSES ET DES MTS À L'ADOLESCENCE ..... 4

**2. DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION..... 5**

**PARTIE 1 : BILAN DES PROPOS RECUEILLIS LORS DES ENTREVUES..... 7**

1. LES SERVICES DANS LES DOMAINES DE LA CONTRACEPTION, DES MTS ET DE LA SEXUALITÉ SONT-ILS ACCESSIBLES AUX ADOLESCENTES ET AUX ADOLESCENTS?..... 9

    1.1 Une *majorité de répondants pensent qu'il faut*..... 9

    1.2 Environ la *moitié des répondants pensent qu'il faut* ..... 11

    1.3 *Quelques répondants pensent qu'il faut* ..... 12

2. LES INTERVENTIONS DANS LES DOMAINES DE LA CONTRACEPTION, DES MTS ET DE LA SEXUALITÉ SONT-ELLES TOUJOURS INTERRELIÉES ET COMPLÉMENTAIRES? ..... 13

3. LES PROGRAMMES ET SERVICES ACTUELS DISPENSÉS DANS LES DOMAINES DE LA CONTRACEPTION, DES MTS ET DE LA SEXUALITÉ REJOIGNENT-ILS ADÉQUATEMENT LES ADOLESCENTES ET LES ADOLESCENTS LES PLUS À RISQUE? ..... 13

4. LES ACTIVITÉS ET PROGRAMMES DANS LES DOMAINES DE LA CONTRACEPTION, DES MTS ET DE LA SEXUALITÉ REJOIGNENT-ILS LES PARENTS D'ADOLESCENTES ET D'ADOLESCENTS? ..... 14

5. L'INFORMATION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ CONCERNANT LA CONTRACEPTION, LES MTS ET LA SEXUALITÉ SONT-ELLES SUFFISANTES ET CONVIENNENT-ELLES AUX ADOLESCENTES ET AUX ADOLESCENTS?..... 14

6. LES ADOLESCENTES ET LES ADOLESCENTS D'AUJOURD'HUI ONT-ILS DES COMPORTEMENTS SÉCURITAIRES FACE À LA CONTRACEPTION ET AUX MTS? ..... 15

7. LES CROYANCES DES ADOLESCENTES ET DES ADOLESCENTS PEUVENT-ELLES CONSTITUER UNE ENTRAVE À L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS SÉCURITAIRES EN CE QUI A TRAIT À LA GROSSESSE?.....	15
8. LES CROYANCES DES ADOLESCENTES ET DES ADOLESCENTS PEUVENT-ELLES CONSTITUER UNE ENTRAVE À L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS SÉCURITAIRES EN CE QUI A TRAIT AUX MTS?.....	16
9. LE CONDOM EST-IL ACCESSIBLE POUR LES ADOLESCENTES ET LES ADOLESCENTS?.....	17
10. QUELLE EST LA PROPORTION D'ADOLESCENTES ET D'ADOLESCENTS QUI UTILISENT LE CONDOM? À QUELLE FRÉQUENCE L'UTILISENT-ILS?.....	17
11. OUTRE LE CONDOM ET LA PILULE CONTRACEPTIVE, QUELS AUTRES MOYENS DE PROTECTION FAUDRAIT-IL PROMOUVOIR AUPRÈS DES ADOLESCENTES ET DES ADOLESCENTS?.....	17
12. QUELS SONT LES PRINCIPAUX BESOINS D'APPRENTISSAGE DES ADOLESCENTES ET DES ADOLESCENTS EN CE QUI CONCERNE LA CONTRACEPTION, LES MTS ET LA SEXUALITÉ?.....	18
13. AVEC QUELS ORGANISMES COLLABOREZ-VOUS DE FAÇON RÉGULIÈRE OU PONCTUELLE?.....	19
14. QUELS SONT LES BESOINS DE FORMATION DES INTERVENANTS DE VOTRE ORGANISME QUI TRAVAILLENT AUPRÈS DES ADOLESCENTES ET DES ADOLESCENTS DANS LES DOMAINES DE LA CONTRACEPTION, DES MTS ET DE LA SEXUALITÉ?.....	20
15. LES ADOLESCENTES ET ADOLESCENTS SE SENTENT-ILS EN CONFIANCE DANS LES ORGANISMES QUI OFFRENT ACTUELLEMENT LES SERVICES DANS LES DOMAINES DE LA CONTRACEPTION, DES MTS ET DE LA SEXUALITÉ?.....	21
16. QUELS SONT LES PAS ACCOMPLIS DEPUIS 15 ANS DANS LES DOMAINES DE LA CONTRACEPTION, DES MTS ET DE LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTES ET DES ADOLESCENTS?..	21
17. QUELLES SONT LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES? QUELS SONT LES BESOINS INSATISFAITS? QUELLES SONT LES RÉPONSES ET LES SOLUTIONS POSSIBLES À CES DIFFICULTÉS? LES ACTIONS À POSER?.....	22
<b>SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS.....</b>	<b>27</b>
<b>PARTIE 2 : ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER POUR LE PLAN D'ACTION SUR LA PLANIFICATION DES NAISSANCES ET LA PRÉVENTION DES GROSSESSES ET DES MTS À L'ADOLESCENCE .....</b>	<b>31</b>
1. UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE .....	33
2. UNE STRATÉGIE.....	33
3. DES PISTES D'ACTION POSSIBLES .....	33
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>35</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>37</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>39</b>

**LISTE DES TABLEAUX**

**TABEAU 1 TAUX DE FÉCONDITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES ÂGÉES DE 14-17 ANS SELON LA MRC, LANAUDIÈRE, 1989-1993 (POUR 1 000 ADOLESCENTES) ..... 3**

**LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTREVUE..... 41

ANNEXE 2 : QUELQUES RESSOURCES MENTIONNÉES PAR LES RÉPONDANTS..... 49

ANNEXE 3 : LES MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT (MTS/SIDA) ET LEUR IMPACT SUR LA VIE  
REPRODUCTIVE DES FEMMES..... 53

## INTRODUCTION

En février 1996, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demandait aux régies régionales de la santé et des services sociaux de concevoir et de mettre en oeuvre un plan d'action en y énonçant leurs priorités en matière de planification des naissances. Il était également demandé de cibler comme clientèle les jeunes<sup>1</sup> de moins de 18 ans. Pour répondre à cette demande, la Régie régionale de Lanaudière, par le biais de la Direction de la santé publique, a réalisé une consultation auprès d'intervenants de la région lanauoise oeuvrant auprès de ces jeunes.

Après un survol de la problématique et du déroulement de la consultation, le présent document fait état, dans la première partie, des résultats issus de la consultation et trace le portrait de la situation entourant la planification des naissances, particulièrement auprès des adolescentes et des adolescents. Ce portrait abordera deux autres réalités qu'il fallait mettre en lien avec les grossesses à l'adolescence, soit les maladies transmises sexuellement (MTS) et la sexualité. Ce document reprend de façon aussi fidèle que possible les propos entendus tout au long des entrevues. Il a été difficile d'éviter certaines répétitions. De toute évidence, celles-ci permettent d'identifier certaines préoccupations majeures pour les répondants.

La seconde partie dégage, à partir de ces résultats, certains éléments qui devront être considérés ou questionnés lors de l'élaboration du plan d'action en planification des naissances en lien également avec les MTS et la sexualité.

Dans cette optique, ce document se veut aussi un outil de base pour susciter les échanges et la réflexion entre les différents intervenants préoccupés par la planification des naissances et la prévention des grossesses et des MTS à l'adolescence.

## 1. SURVOL DE LA PROBLÉMATIQUE

Dans cette partie du document, nous décrivons brièvement, au regard de la planification des naissances, la problématique de la grossesse à l'adolescence et son impact dans la vie des adolescentes et des adolescents. Nous expliquerons l'importance de ne pas dissocier à l'adolescence, la grossesse, les MTS et la sexualité des jeunes. En effet, la grossesse et les MTS découlent le plus souvent des mêmes comportements à risque. De plus, ces deux réalités doivent être regardées et comprises dans un contexte plus large soit celui de la sexualité des adolescents. Nous verrons finalement comment une approche globale en prévention des grossesses et des MTS à l'adolescence peut supporter les adolescents à vivre une sexualité en santé.

---

<sup>1</sup> Dans ce document, le terme « jeunes » est utilisé pour signifier les gars et les filles de moins de 18 ans qui ont atteint l'âge de procréer ou d'avoir des relations sexuelles. Lorsqu'il est question de prévention primaire, ce terme peut aussi englober des enfants qui fréquentent l'école primaire.

## 1.1 La grossesse à l'adolescence

La grossesse, la maternité et la paternité à l'adolescence sont des phénomènes en augmentation depuis les 15 dernières années au Québec. Dans la *Politique de périnatalité* (MSSS, 1993) ainsi que dans le document *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* (MSSS, 1995), le ministère de la Santé et des Services sociaux a ciblé l'objectif de réduire le taux de grossesse<sup>1</sup> pour atteindre 15 pour 1 000 chez les adolescentes âgées de moins de 18 ans.

Au Québec, le taux de grossesse à l'adolescence est passé de 12,6 grossesses pour 1 000 adolescentes de 14 à 17 ans en 1980 à 19,9 en 1993, soit une augmentation de 57,9%. En 1993, le Québec comptait 3 791 grossesses chez les adolescentes de 17 ans ou moins (MSSS, 1995).

Bien souvent, la grossesse n'est pas désirée par bon nombre d'adolescentes enceintes et leurs partenaires. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) représente alors l'issue la plus fréquente des grossesses à l'adolescence. D'après les données sur les fins de grossesse, les deux tiers de celles-ci sont interrompues. Ainsi au Québec, en 1993, 64,2% des adolescentes enceintes ont opté pour une IVG<sup>2</sup>. Par contre, ce pourcentage fluctue selon l'âge : plus l'adolescente est jeune, plus elle recourt à l'IVG. En fait, 81% des grossesses à l'âge de 13 et 14 ans ont pris fin par une IVG par rapport à 61% à l'âge de 17 ans (Rochon, 1995).

Parmi les adolescentes qui choisissent toutefois de poursuivre leur grossesse, la majorité d'entre elles sont issues d'un milieu défavorisé socioéconomiquement ou d'un milieu ayant des difficultés psychosociales importantes. Certaines ont déjà de graves difficultés scolaires ou ont abandonné l'école. Pour ces filles, le fait de devenir mère est valorisant et actualise leur désir d'aimer et d'être aimées. Quant aux pères, ils sont souvent absents ou plus âgés que les mères. En 1990, 32% des naissances chez les mères de moins de 18 ans sont de pères non déclarés; quant aux mères de moins de 15 ans, 45% des nouveau-nés sont de pères non déclarés (MSSS, 1993).

La grossesse à l'adolescence a des conséquences néfastes pour l'enfant et pour les parents. Les enfants de parents adolescents sont plus à risque de prématurité, d'insuffisance de poids à la naissance, de troubles du comportement, d'abus et de négligence (MSSS, 1992; MSSS, 1993). L'adolescente ayant eu un enfant risque davantage d'abandonner ses études, d'avoir un emploi précaire, d'avoir recours aux prestations de la sécurité du revenu<sup>3</sup> et d'être cheffe d'une famille monoparentale. Les pères adolescents peuvent, quant à eux, souffrir d'une crise d'identité. La paternité à l'adolescence peut également amener le jeune homme à abandonner ses études et à occuper plus souvent un emploi mal rémunéré (MSSS, 1993).

La grossesse à l'adolescence occasionne donc des coûts humains tels que la difficulté de poursuivre ses études sans oublier les coûts sociaux qui s'y rattachent, notamment la dépendance sociale et l'appareillage des services sociaux mis à contribution.

---

<sup>1</sup> Le taux de grossesse chez les adolescentes âgées de moins de 18 ans est calculé en divisant le nombre de fins de grossesse chez les filles âgées de moins de 18 ans vivant sur un territoire donné par l'ensemble de la population féminine de cet âge vivant sur le même territoire. Le taux de grossesse est calculé pour 1 000 femmes. Le nombre de grossesses est déterminé à partir des événements par lesquels une grossesse se termine : naissance vivante ou mortinaissance, avortement spontané (fausse couche) ou avortement provoqué (interruption volontaire de grossesse) (Rochon, 1995).

<sup>2</sup> Entre 1980 et 1993, on a observé une hausse de 122,4% du taux d'IVG chez les adolescentes âgées de 17 ans ou moins (MSSS, 1995).

<sup>3</sup> Au Québec, un peu plus de 60% des mères âgées de moins de 20 ans sont des bénéficiaires de l'aide sociale (Forget et al., 1989).

**La situation dans Lanaudière**

En 1992-1993, l'étude de Rochon (1995) fait ressortir que les accouchements ne constituent qu'une faible part des grossesses observées chez les mères de moins de 18 ans. Sur 100 grossesses observées chez les Lanaudoises âgées de 14 à 17 ans, on dénombre 28 naissances, 7 avortements spontanés et 65 IVG. Ceci signifie que l'on compte, parmi la population d'adolescentes lanaudoises de 14 à 17 ans, environ 45 naissances, 14 avortements spontanés et 105 IVG à chaque année. Ce sont 16,6 Lanaudoises âgées de 14 à 17 ans sur 1 000 qui ont eu une grossesse en 1992-1993 (165 adolescentes par année), taux inférieur à celui du Québec (19,9 pour 1 000 adolescentes) (Rochon, 1995; Guillemette, 1996).

Quant au taux de fécondité<sup>1</sup> chez les adolescentes du même âge, il était également plus bas avec 4,7 naissances vivantes pour 1 000 comparativement à 6 pour 1 000 pour celles du Québec en 1989-1993. Toutefois, la fécondité parmi les adolescentes de Lanaudière ne se répartit pas dans les six municipalités régionales de comté (MRC) de la région lanaudoise comme le démontre le tableau qui suit.

**TABEAU 1 TAUX DE FÉCONDITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES ÂGÉES DE 14-17 ANS SELON LA MRC, LANAUDIÈRE, 1989-1993 (POUR 1 000 ADOLESCENTES)**

	D'Autray	Joliette	L'Assomption	Les Moulins	Matawinie	Montcalm
Taux de fécondité	4,09	3,86	3,11	3,89	12,74	5,96

Source : MSSS, Fichier des naissances, 1989 à 1993.

Le taux de fécondité nettement plus élevé de la MRC de Matawinie par rapport aux autres MRC est surtout lié à la grande fécondité chez les adolescentes de la réserve amérindienne de Manawan (115 pour 1 000). En excluant les grossesses de Manawan, le taux de la MRC de Matawinie, tout en demeurant le plus important, se rapproche davantage de celui de la MRC de Montcalm avec 6,08 pour 1 000 (BSQ et MSSS, 1995; MSSS, 1989 à 1993).

**1.2 Les maladies transmises sexuellement (MTS/sida)**

On ne peut parler de la grossesse chez les adolescentes sans parler de MTS car celles-ci ont souvent un impact sur la vie reproductive des femmes, leur santé et celle des nouveau-nés<sup>2</sup>.

En effet, les infections pelviennes que les MTS engendrent sont responsables d'une grande partie de l'infertilité chez la femme. On estime qu'entre 15 et 30% des cas d'infertilité sont attribuables aux MTS. À cet égard, l'infection de la chlamydia est la plus importante et elle atteint de façon inquiétante les adolescentes avec toutes les complications à long terme qui en résultent (Martin, 1994).

<sup>1</sup> Le taux de fécondité chez les adolescentes âgées de moins de 18 ans est calculé en divisant le nombre de naissances vivantes chez les filles âgées de moins de 18 ans vivant sur un territoire par l'ensemble de la population féminine de moins de 18 ans vivant sur le même territoire. Le taux est calculé pour 1 000 femmes.

<sup>2</sup> Nous présentons à l'annexe 3 un aperçu des principales MTS et de leur impact sur la vie reproductive des femmes.

La prévention des MTS représente une avenue d'intervention privilégiée pour prévenir l'infertilité, particulièrement celle affectant les femmes. Il est toutefois évident que bien d'autres facteurs peuvent être à l'origine de problèmes d'infertilité. Néanmoins, l'utilisation de services médicaux visant à diagnostiquer et à traiter l'infertilité augmente sans cesse. Certains de ces traitements et tests diagnostiques sont physiquement éprouvants pour les femmes qui s'y soumettent. Ils peuvent aussi comporter un stress important sur le plan psychologique autant chez la femme que chez l'homme. Les services en planification des naissances sont donc appelés à investir des énergies dans des activités inhérentes à la prévention de l'infertilité (MSSS, 1995).

### **1.3 La prévention des grossesses et des MTS à l'adolescence**

L'absence ou l'inefficacité de la contraception, qui causent la majorité des grossesses à l'adolescence, sont dues à plusieurs facteurs, tant d'ordre individuel que social. Notons d'abord que l'activité sexuelle précoce est la plus souvent non planifiée. De plus, certains comportements propres à l'adolescence, tels le goût du risque ou la pensée magique, expliquent la difficulté des adolescentes et des adolescents à faire des choix responsables en matière de sexualité et de contraception. Certaines attitudes et habiletés personnelles, tels l'estime et l'affirmation de soi ou le sens du contrôle sur sa vie influent sur l'adoption et le maintien de comportements de contraception efficaces (MSSS, 1994).

Dans le domaine de la prévention de la grossesse à l'adolescence, l'importance d'associer cette problématique à celle des MTS vient du fait que ces deux réalités découlent des mêmes comportements, notamment le début d'une vie sexuelle active précoce et des relations sexuelles non ou mal protégées.

En effet, c'est à l'âge de 16 ans, en moyenne, que les adolescentes et les adolescents québécois ont leur première relation sexuelle et seulement la moitié des jeunes couples se protègent efficacement (MSSS, 1993). Dans une étude réalisée en 1993 (Otis, 1994), 13,4% des élèves du secondaire 2 à 5 se considéraient à risque de contracter une MTS ou le sida. Cette étude révélait également que seulement 18,5% des élèves sexuellement actifs du secondaire 5 utilisaient le condom de façon constante.

De plus, il a été démontré que chez les jeunes âgés de 12 à 14 ans, le délai d'attente de la première relation sexuelle demeure le comportement le plus efficace à promouvoir. Chez ceux âgés de 15 à 18 ans, ce délai doit être doublé auprès des jeunes sexuellement actifs par la promotion de l'utilisation du condom pour toutes les relations sexuelles même quand la fille prend la pilule (Otis, 1994).

Or, plusieurs recherches démontrent que chez les jeunes, l'usage d'anovulants semble contribuer à diminuer l'utilisation du condom. Il y aurait une sorte d'antagonisme entre la prévention des grossesses et la protection contre les MTS et le VIH. L'étude d'Otis (1994) relate que 83,8% des adolescents du secondaire perçoivent un risque élevé de MTS dans une relation sans pilule et sans condom. Dans une relation avec pilule et sans condom, la proportion d'élèves percevant un risque élevé chute à 65,0% pour les MTS et à 64,6% pour le sida. On peut penser que les élèves accordent à la pilule des propriétés protectrices contre les MTS ou le sida (Otis, 1994).

Enfin, l'accessibilité à des moyens de prévention, notamment le condom, peut faciliter l'adoption d'un comportement sexuel sécuritaire. Au Québec, selon une enquête récente

réalisée en 1996, le condom serait accessible dans 70% des écoles. Toutefois, le service de santé demeure le principal mode d'accès en milieu scolaire (89,3% des écoles) alors que seulement 31,2% des écoles secondaires disposent d'une distributrice. Comme le personnel de santé n'assure pas nécessairement une présence continue, ceci réduit sensiblement l'accessibilité du condom dans les écoles sans distributrice (Fournier, 1997). On peut également penser que certains adolescents sont intimidés à l'idée d'utiliser le service de santé, préférant l'anonymat d'une distributrice à condoms.

La promotion d'une sexualité responsable met souvent l'emphase sur l'importance de prendre la pilule pour éviter une grossesse et d'utiliser le condom pour éviter une MTS ou le sida. Toutefois, la promotion du tandem pilule-condom comporte certaines limites importantes. Les messages axés seulement sur la protection abordent la sexualité en insistant sur les dangers qu'elle comporte. En fait, la sexualité est peu abordée sous l'angle des rapports amoureux et de l'importance d'être bien avec l'autre. On ne dit pas assez que la sexualité implique des sentiments et qu'elle doit être bien vécue par les gars et les filles.

La prévention de la grossesse et des MTS à l'adolescence, dans une optique de planification des naissances, doit se faire selon une approche globale. L'éducation sexuelle des jeunes qui l'accompagne ne peut être compartimentée ou segmentée et se limiter aux seules descriptions mécaniques des moyens contraceptifs. Elle doit également favoriser l'acquisition de valeurs égalitaires dans les rapports, de partage de responsabilité et d'épanouissement de la personne. L'éducation et la prévention auprès des adolescents doivent permettre d'aborder avec eux, entre autres, le machisme, l'influence de l'alcool ou des drogues et certaines croyances dans le contexte de la sexualité.

Le document *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* (MSSS, 1995) reprend les préoccupations exprimées précédemment. Il y est mentionné que l'approche préconisée en prévention, en ce qui a trait aux jeunes, doit viser particulièrement à favoriser, chez les garçons, la responsabilisation sur le plan sexuel, et chez les filles, la capacité d'affirmation de soi.

Cette approche de prévention et de promotion de la santé et du bien-être fait appel notamment à des mesures qui permettent d'agir sur les facteurs de risque afin de travailler en amont des problématiques de l'adolescence et de celle de la grossesse à l'adolescence. Elle prend en compte les conditions de vie, les différents milieux de vie et d'activités sociales, de même que les habitudes de vie des jeunes. Enfin, elle favorise le développement de leurs compétences et de leur potentiel (MSSS, 1995).

## **2. DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION**

Cette consultation, qui s'est déroulée de janvier 1997 à mars 1997, a permis de rencontrer 20 intervenants du domaine de la santé et des services sociaux, des milieux communautaires et de l'éducation. La collecte de données a été réalisée à partir d'une grille d'entrevue semi-dirigée (voir annexe 1). En tout, 14 entrevues ont été faites, d'une durée moyenne de deux heures et demie. Dans certains cas, plus d'une personne ont participé à l'entrevue.

L'objectif était de recueillir des informations sur les connaissances et les perceptions des intervenants en ce qui a trait principalement aux points suivants :

- les facteurs facilitant ou freinant l'accessibilité des services dans les domaines de la contraception, des MTS et de sexualité auprès des adolescentes et des adolescents;
- les facteurs et les croyances influençant les comportements à risque;
- les principaux besoins d'apprentissage des adolescentes et des adolescents;
- les principales difficultés rencontrées et les besoins insatisfaits;
- les solutions et les pistes d'action à privilégier.

**PARTIE 1**

**BILAN DES PROPOS RECUEILLIS LORS DES ENTREVUES**



La partie 1 de ce document présente le bilan des propos recueillis lors des entrevues. Le verbatim des personnes est souvent repris, alors qu'à certains moments c'est l'idée principale exprimée par la ou les personnes qui a été dégagée. À la fin de cette section, le lecteur en trouvera une synthèse.

**1. Les services dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité sont-ils accessibles aux adolescentes et aux adolescents?**

Les 20 répondants ont été invités à parler de l'accessibilité des services en ce qui concerne la contraception, les MTS et la sexualité pour les adolescents d'aujourd'hui. Les solutions envisagées pour améliorer l'accessibilité des services auprès d'eux sont présentées en ordre d'importance, dans les trois tableaux suivants. Pour chacune des pistes d'action identifiées, les difficultés et les facteurs facilitants y sont décrits.

**1.1 Une majorité de répondants pensent qu'il faut...**

Pistes d'action identifiées	Difficultés décrites	Facteurs facilitants
Rejoindre davantage les gars	Les gars ont peur de consulter car c'est tabou. Il faut rencontrer les garçons en classe si on veut les rejoindre car ce sont les filles (90% des cas) qui consultent sur une base individuelle.	Obtenir l'appui des sexologues dans les écoles.  Utiliser des agents multiplicateurs pour les rejoindre (d'autres gars, leur blonde, les entraîneurs sportifs, etc.).
Plus de ressources humaines	Selon les endroits, il n'y a pas suffisamment de médecins ou d'infirmières en milieu scolaire pour l'information et le soutien.  Il n'y a pas de médecin au CLSC D'Autray, sauf à St-Gabriel.	Mettre sur pied une clinique jeunesse pour la région de Terrebonne.
Plus de ressources matérielles <sup>1</sup>	Une diffusion restreinte des condoms. On les économise puis après, on doit les jeter parce qu'ils sont périmés.  Il n'y a pas de distributrices de condoms dans toutes les écoles.  Les condoms des distributrices ne sont pas aimés; ils ne conviennent pas à tous (ex: grandeur).  Certains CLSC ne donnent plus la pilule ou des condoms.	Donner gratuitement des condoms et la pilule, au moins pour les premiers mois et en cas de dépannage.  Il faut les vendre 0,50 \$ l'unité car 1 \$ c'est trop cher.  Il faut faire tomber les préjugés face aux condoms des distributrices (plusieurs adolescents ne croient pas qu'ils soient de bonne qualité).

<sup>1</sup> Le lecteur trouvera à l'annexe 2 une liste des ressources mentionnées par les répondants.

Pistes d'action identifiées	Difficultés décrites	Facteurs facilitants
<p><b>Faire connaître davantage les organismes et les services</b></p>	<p>Les services sont connus des intervenants mais pas des clientèles. Les jeunes ne savent pas que l'on fait du dépistage des MTS. Les horaires des services sont mal connus.</p> <p>Le bouche à oreille est important. Depuis que je ne donne plus la pilule, les jeunes viennent moins.</p>	<p>Il faut publiciser adéquatement les services et les horaires.</p> <p>Les intervenants des CLSC doivent aller dans les écoles et faire une tournée dans les classes afin que les services, les lieux et les horaires des services soient connus.</p> <p>Il faut publiciser davantage Tel-Jeunes.</p>
<p><b>Améliorer le transport</b></p>	<p>Le transport est archaïque à Le Gardeur. Les jeunes de Repentigny ont moins accès aux services.</p> <p>Dans les sous-régions, en dehors du transport scolaire, il n'y a pas ou peu de transport public.</p>	<p>Il faut faire de la promotion et de la sensibilisation dans des lieux où se tiennent les jeunes (arcades, centres d'achats, centres de jeunes, centres de loisirs, parcs), lors d'événements courus par les jeunes tels que spectacles, etc.</p>
<p><b>Améliorer la qualité de l'accueil de façon à créer un climat de confiance</b></p>	<p>L'accueil est quelquefois glacial à la réception, même dans un CLSC.</p> <p>Dans les cliniques privées, on sermonne les jeunes, on leur fait la morale.</p> <p>Au téléphone, le jeune peut avoir à répéter trois fois la nature de son appel (une MTS, un test de grossesse...). C'est très embêtant pour lui ou elle.</p>	<p>Il faut référer les adolescents au(x) médecin(s) des cliniques privées qui sont à l'aise avec cette clientèle.</p>
<p><b>Offrir un horaire adéquat des services</b></p>	<p>Il y a un manque de ressources pour augmenter la durée des services offerts.</p> <p>Dans certains endroits, il n'y a aucun service le soir.</p> <p>Il est important de rejoindre les jeunes aux heures de classe.</p> <p>Les jeunes sont souvent coincés à cause de l'horaire scolaire, s'ils vont au CLSC ou dans une clinique. Ils doivent retourner à l'école à temps pour reprendre l'autobus scolaire.</p>	
<p><b>Utiliser davantage des agents multiplicateurs et l'approche par les pairs.</b></p>		<p>Par exemple, par le théâtre ou le théâtre-forum, par des travaux scolaires faits par les élèves sur ces sujets et présentés en classe.</p>

Pistes d'action identifiées	Difficultés décrites	Facteurs facilitants
Avoir une plus grande représentation géographique	Le CLSC ne dessert pas autant certains secteurs plus éloignés.  Dans plusieurs localités, on ne rejoint pas les jeunes qui sont hors du système scolaire (les décrocheurs, les jeunes de la rue).	Il faut sortir des CLSC et rejoindre les jeunes dans les lieux où ils se trouvent (centres de loisirs, maisons des jeunes).

1.2 Environ la moitié des répondants pensent qu'il faut ...

Pistes d'action identifiées	Difficultés décrites	Facteurs facilitants
Réduire les coûts d'accessibilité (condoms, pilule)	Les condoms sont dispendieux dans les machines distributrices.  Quelquefois, le jeune ne sait pas que l'on peut avoir certains produits gratuitement au CLSC.	Il faut pouvoir distribuer les condoms gratuitement sinon limiter le coût à au plus 0,50 \$. Cela permettra d'en faire la promotion et d'expliquer comment les utiliser.  La pilule doit être gratuite au moins jusqu'à l'âge de 18 ans. Il faut pouvoir dépanner les adolescentes au besoin. Pour les jeunes qui sont en couple, inviter le gars à partager les coûts de la pilule avec son amie.  Toutes les prescriptions pour les traitements d'une MTS doivent être gratuites <sup>1</sup> pour les adolescentes, de même que la pilule du lendemain.
Améliorer les interventions en contraception/MTS	Les médecins des cliniques privées (surtout) n'expliquent pas assez comment prendre la pilule (ex: impact des antibiotiques, des vomissements).  Ils ne donnent pas de suivi à la pilule du lendemain.	Une collaboration étroite entre les médecins (des cliniques privées et des CLSC) et les infirmières scolaires permettrait à celles-ci d'encadrer davantage les filles, de faire un suivi après la pilule du lendemain et de faire de la prévention secondaire après une MTS.  Référer les adolescents aux médecins qui peuvent offrir une approche centrée sur le jeune.
Améliorer les services de dépistage des MTS	Ils ne sont pas assez connus et annoncés dans les milieux scolaires.  Le dépistage des MTS n'est pas disponible dans tous les CLSC.	

<sup>1</sup> Dans les faits, les prescriptions pour traiter une MTS sont gratuites pour toute la population depuis 1991 (Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS de la RAMQ).

Pistes d'action identifiées	Difficultés décrites	Facteurs facilitants
Améliorer les services de dépistage des MTS (suite)	<p>Il serait mieux de ne pas mélanger la clientèle adolescente avec la clientèle adulte.</p> <p>Les jeunes pensent qu'un PAP test va leur dire s'ils ont une MTS.</p> <p>Si le jeune n'a pas de symptômes de MTS, il est retourné à la maison sans passer de test.</p>	<p>Mettre en place des horaires spécifiques pour recevoir les adolescents.</p> <p>Lorsque la fille passe un PAP test, on devrait toujours faire un test pour les MTS et le VIH.</p>
Du matériel en langage clair et simple	<p>Beaucoup de jeunes ne savent pas lire ou n'aiment pas lire.</p> <p>Les compagnies font du matériel simple mais les jeunes ne le lisent pas.</p>	<p>Il faut ajouter plus d'humour dans le matériel écrit.</p> <p>Informier et sensibiliser les adolescents par le biais de l'agenda scolaire des élèves.</p>

### 1.3 Quelques répondants pensent qu'il faut ...

Pistes d'action identifiées	Difficultés décrites	Facteurs facilitants
Améliorer la confidentialité dans les services	<p>C'est difficile pour les jeunes de consulter, cela leur fait peur.</p> <p>Le jeune est très préoccupé par la confidentialité.</p> <p>Le local de l'infirmière scolaire est souvent mal situé (trop à la vue ou il faut traverser les bureaux de la direction de l'école pour y accéder).</p> <p>Certains jeunes préfèrent aller au CLSC plutôt qu'à l'école. Toutefois, dans une petite localité, certains ont peur d'être vus au CLSC par une personne qui les connaît.</p> <p>On dit le pourquoi de la visite et le nom du jeune en présence de tous ceux qui attendent dans la salle d'attente.</p>	<p>Avoir des services et des horaires spécialement réservés aux jeunes.</p> <p>Avoir des locaux mieux situés dans l'école.</p>
Diminuer le délai d'attente pour les rendez-vous	<p>Dans les cliniques privées, le délai d'attente peut être très long (jusqu'à six semaines).</p>	<p>Pour les jeunes, il faut offrir le «sans rendez-vous». À cet âge, c'est le moment présent qui compte. Il ne faut pas retourner un jeune quand il a fait l'effort de se rendre pour consulter, même s'il n'a pas de rendez-vous.</p>

De ces trois tableaux, il découle que les répondants sont surtout préoccupés par la difficulté de rejoindre la clientèle et de lui offrir des services plus facilement accessibles, dans un environnement confidentiel et accueillant.

## **2. Les interventions dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité sont-elles toujours interreliées et complémentaires?**

La majorité des personnes consultées pensent que le domaine de la contraception et celui des des MTS sont en lien et se complètent assez bien, surtout chez les intervenants qui travaillent auprès des jeunes.

De façon générale, on pense que les infirmières et les médecins de CLSC ont une approche globale et font le lien auprès des jeunes entre la contraception et les MTS. Par contre en clinique privée, plusieurs répondants doutent que l'on aborde toujours le sujet du port du condom lorsque la pilule est prescrite à une adolescente. Les rendez-vous trop courts et les attitudes de certains médecins face aux jeunes (qui leur font la morale) seraient des éléments qui freineraient les jeunes à les consulter au sujet de la contraception, des MTS et de la sexualité.

Il semble que la sexualité soit un sujet délicat. Celle-ci serait abordée en termes souvent « mécaniques » ou cliniques (est-ce qu'il y a eu de la douleur lors des relations sexuelles?) plutôt qu'en termes de rapport affectif.

## **3. Les programmes et services actuels dispensés dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité rejoignent-ils adéquatement les adolescentes et les adolescents les plus à risque?**

La totalité des personnes consultées ne croient pas que les programmes et services dispensés dans ces domaines rejoignent adéquatement les jeunes les plus à risque. Ceux qui doivent être davantage rejoints sont principalement les toxicomanes, les homosexuels, les décrocheurs et les jeunes qui sont en dehors du système scolaire.

Quelques répondants ont mentionné toutefois que les adolescents en adaptation scolaire<sup>1</sup> sont rejoints parce qu'ils bénéficient d'un encadrement plus important que les élèves du cycle régulier. De plus, les enseignants en adaptation scolaire seraient plus à l'aise avec la contraception, les MTS et la sexualité. Ils seraient plus portés à considérer ces sujets comme importants dans la vie de leurs élèves.

---

<sup>1</sup> Classes spéciales pour des élèves qui sont dans des cheminements particuliers continus parce qu'ils rencontrent des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage à l'école.

**4. Les activités et programmes dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité rejoignent-ils les parents d'adolescentes et d'adolescents?**

De façon générale, les activités et programmes dans ces domaines ne visent pas les parents. Une minorité d'organismes consultés mènent des actions ponctuelles avec les parents d'adolescents.

Cette situation est perçue par tous les répondants comme une grave lacune. Selon une répondante, la sexualité est abordée dans une minorité de familles et bon nombre de parents démissionnent face à leur rôle d'éducateur en matière de sexualité. Plusieurs répondants croient que les parents n'abordent pas la sexualité avec leurs adolescents de peur d'encourager le jeune à être actif sexuellement, plus hâtivement qu'ils ne le trouvent souhaitable.

Il faut absolument rejoindre les parents et les mobiliser davantage. Toutefois, pour la majorité des répondants, il n'est pas facile de les atteindre et la question que l'on se pose est « comment peut-on les rejoindre? ».

Certains facteurs expliquent le peu de travail d'éducation réalisé auprès des parents. Tout d'abord, le manque de ressources et de temps dont disposent les intervenants, le peu de disponibilité des parents pour assister à des rencontres et enfin, le manque de connaissances sur les moyens efficaces de les rejoindre ont été les plus cités.

Les infirmières scolaires pensent qu'elles pourraient offrir davantage de support aux parents mais elles craignent, si elles annoncent ce service, de ne pas avoir le temps ou les ressources pour suffire à la demande. Finalement, elles craignent de ne plus pouvoir répondre aux besoins des jeunes, leur clientèle première.

**5. L'information et la promotion de la santé concernant la contraception, les MTS et la sexualité sont-elles suffisantes et conviennent-elles aux adolescentes et aux adolescents?**

De façon générale, l'information et la promotion de la santé ne sont pas suffisantes et ne conviennent pas aux adolescents. La majorité des répondants croient que l'information qui rejoint le plus adéquatement les jeunes est celle qui est diffusée à la télévision dans des émissions telles que *Watatatow*, *Chambres en ville*, *Virginie*, *Sous un ciel variable*, etc. Une répondante se demande toutefois si les jeunes les plus à risque regardent la télévision ou s'ils écoutent ces émissions.

Il a été dit qu'il fallait rejoindre les adolescents par des bandes dessinées, par des revues qu'ils lisent (ex.: *SAFARIR*, *Filles d'aujourd'hui*), par le biais de stations de radio ou de télévision qu'ils écoutent (ex.: *Musique Plus*).

En ce qui a trait à la promotion de comportements sécuritaires, plusieurs personnes ont remarqué depuis quelque temps une diminution de l'information dans les médias. Quelques personnes ont abordé la difficulté de poser des affiches dans certaines écoles, car leur contenu gêne la direction ou les enseignants. Dans certains CLSC, l'affichage est considéré comme inadéquat ou insuffisant. On pense également qu'il n'y a pas assez d'affiches dans les

lieux publics (les arcades, les centres d'achats, les cafés) fréquentés par les jeunes et que plus d'affiches et de distributrices de condoms devraient y être installées.

Les remarques entendues le plus souvent concernant le contenu des messages véhiculés auprès des jeunes sont :

- Le discours utilisé est trop moralisateur, trop médical ou trop mécanique.
- On parle trop de la quincaillerie, du condom, de la peur et pas assez du plaisir.
- Les jeunes veulent surtout entendre parler d'amour, de la relation amoureuse et des rapports entre les gars et les filles.
- Il faut trouver des messages plus positifs (estime de soi, se respecter) et y introduire de l'humour.
- Certains sujets sont plus difficiles à aborder comme l'homosexualité. Il y a un grand vide de ce côté-là.

## **6. Les adolescentes et les adolescents d'aujourd'hui ont-ils des comportements sécuritaires face à la contraception et aux MTS?**

Tous les répondants sans exception pensent que, de façon générale, les adolescents d'aujourd'hui n'adoptent pas des comportements sexuels sécuritaires. Voici les principales raisons citées qui, selon eux, expliquent ces comportements à risque :

- La consommation importante d'alcool ou de drogues. Alors le condom est vite oublié.
- Les gars et les filles ne sont pas prêts. Ils sont trop jeunes. Ce sont presque des enfants encore, donc il leur est difficile d'être responsables.
- Le manque d'estime de soi et d'affirmation des adolescentes. Elles se laissent mener par les gars.
- Le détachement et le manque de responsabilité des gars qui ne se sentent pas concernés par la contraception et les MTS.
- Les gars n'aiment pas utiliser le condom.

## **7. Les croyances des adolescentes et des adolescents peuvent-elles constituer une entrave à l'adoption de comportements sécuritaires en ce qui a trait à la grossesse?**

De nombreuses croyances constituent une entrave à l'adoption de comportements sécuritaires. Celles qui ont été citées le plus souvent sont :

- La pensée magique.
- Une vraie relation, c'est avec pénétration.
- Je suis en amour, je dois coucher avec lui, avec elle.
- Il faut que je couche avec mon chum sinon je vais le perdre.
- Le retrait, c'est sécuritaire.
- Une semaine après ou avant les règles, c'est pas dangereux.
- La première fois que j'ai une relation, cela ne peut pas m'arriver.
- En cas de problème, je vais prendre la pilule du lendemain ou me faire avorter.

- Pendant les menstruations, il n'y a pas de danger.
- Si j'ai un bébé, je vais garder mon chum.
- Si j'ai un bébé, je vais pouvoir partir de la maison.
- La contraception, c'est l'affaire des filles, pas celle des gars.
- Le condom fait perdre l'érection. Avec le condom, il n'y a pas de plaisir.
- Le condom, c'est pour les homosexuels.
- La pilule fait grossir.
- La pilule rend stérile.

En plus de ces croyances, d'autres causes pouvant entraîner des comportements non sécuritaires ont été nommées :

- La consommation d'alcool ou de drogues. Les jeunes oublient la protection.
- Une mauvaise connaissance du cycle et de la fertilité.
- Une mauvaise connaissance de la prise de la pilule.
- La relation sexuelle non planifiée des jeunes (pas de condom sur eux).

Enfin, pour certaines adolescentes, avoir un bébé, cela veut dire avoir quelqu'un à qui donner de l'amour et qui leur en donnera en retour. Elles deviennent majeures et peuvent obtenir des revenus de l'aide sociale. Cela s'accompagne alors d'un sentiment d'importance. Elles trouvent une place dans la vie, une utilité sociale, une raison de vivre. Elles croient ainsi qu'elles vont arrêter de consommer (de l'alcool, des drogues), qu'elles deviendront plus matures. De plus, en ayant un enfant jeune, elles perçoivent comme un avantage d'être une mère qui est jeune.

## **8. Les croyances des adolescentes et des adolescents peuvent-elles constituer une entrave à l'adoption de comportements sécuritaires en ce qui a trait aux MTS?**

De nombreuses croyances constituent une entrave à l'adoption de comportements sécuritaires en ce qui a trait aux MTS. Celles mentionnées le plus souvent par les répondants sont :

- La pensée magique (plus encore pour le sida que pour les autres MTS).
- J'ai confiance en lui.
- Il a l'air gentil.
- Je connais mon corps, je le saurais si j'avais une MTS.
- Je m'en rendrais compte si mon ami(e) avait une MTS
- Je le connais, alors pas de problème. C'est un bon gars.
- Entre amis, si un de nous avait quelque chose (une MTS), je le saurais.
- Si je lui demande de porter le condom, il va penser que j'ai une MTS.
- La pilule me protège contre les MTS.
- On va me disputer si je consulte (un médecin) pour une MTS et me juger.
- Il est propre, il prend sa douche avant et après.
- On se frotte seulement, il n'y a pas de danger.
- Le condom, c'est pour les homosexuels.
- Il me dit qu'il a passé le test.
- Une bisexualité, ça ne se dit pas, c'est tabou d'en parler.

De plus, il a été exprimé qu'il existe chez les jeunes une méconnaissance des risques de MTS. Ils savent plein de choses mais ce n'est pas intégré. Ils sont inquiets de ne pas se protéger mais ils espèrent qu'ils éviteront tout de même les conséquences.

### **9. Le condom est-il accessible pour les adolescentes et les adolescents?**

La majorité des 20 répondants croient que le condom est plus ou moins ou peu accessible pour les adolescents.

Les principales raisons évoquées sont :

- Ils sont dispendieux.
- Lorsqu'il y a des distributrices dans les écoles situées en sous-régions, le condom est moins accessible.
- Dans certaines localités, il n'y a pas de pharmacies ou s'il y en a une, c'est gênant pour les jeunes d'y aller, car ils sont connus des employés.
- Les étalages de condoms sont mal disposés dans les pharmacies (près du comptoir d'ordonnances à la vue des clients en attente).

Quant à la pilule, elle est considérée comme dispendieuse pour les adolescentes. Il semble toutefois qu'avec l'arrivée de l'assurance-médicaments, elle puisse être moins coûteuse. Elle semble être utilisée par une majorité d'adolescentes sexuellement actives (70% d'entre elles et plus, selon la plupart des répondants). Néanmoins, la presque totalité des répondants pensent que la prise de la pilule entraîne la plupart du temps l'abandon du port du condom.

### **10. Quelle est la proportion d'adolescentes et d'adolescents qui utilisent le condom? À quelle fréquence l'utilisent-ils?**

Selon les perceptions de la majorité des répondants, le condom serait utilisé de façon régulière par une faible minorité d'adolescentes et d'adolescents sexuellement actifs.

Environ la moitié des 20 répondants pensent que le condom est utilisé par une minorité d'adolescents. Quelques répondants (4) pensent qu'au moins la moitié des adolescents l'utilisent alors que quelques autres (3) pensent qu'une majorité des adolescents l'utilisent.

Néanmoins, environ la moitié des répondants croient que les adolescents qui utilisent le condom le font de façon irrégulière. Quatre répondants pensent qu'ils l'utilisent souvent. Deux pensent que le condom est utilisé toujours ou presque toujours au début d'une relation mais qu'il disparaît assez rapidement quand la relation est stable.

### **11. Outre le condom et la pilule contraceptive, quels autres moyens de protection faudrait-il promouvoir auprès des adolescentes et des adolescents?**

Les répondants ont identifié d'autres moyens de protection à promouvoir auprès des adolescents. Ceux qui ont été nommés le plus souvent, en ordre d'importance, sont :

- Promouvoir d'autres pratiques sexuelles que la pénétration telles que la masturbation à deux, les massages, les jeux érotiques et sensuels.
- Valoriser le délai de la première relation sexuelle et le présenter de façon plus acceptable pour les jeunes. Présenter cette option de façon positive (dès le primaire) et en faire ressortir les avantages.
- Mettre davantage l'accent sur la relation amoureuse, sur la communication entre gars et filles, sur l'importance de choisir quelqu'un avec qui on est bien.

Quelques répondants ont mentionné les avantages des mousses spermicides (qui augmentent le plaisir et la sécurité) malgré qu'elles soient dispendieuses, la pilule du lendemain et le Depo-Provera<sup>1</sup>.

Certains répondants pensent que la non-pénétration est peu acceptable chez les plus jeunes qui sont sexuellement actifs. Elle le serait davantage pour ceux qui sont bien dans leur peau.

On souligne aussi l'abondance de la pornographie dans la vie de certains adolescents. Celle-ci présente les rapports sexuels souhaitables de façon déformée et dévalorisante pour les filles.

## **12. Quels sont les principaux besoins d'apprentissage des adolescentes et des adolescents en ce qui concerne la contraception, les MTS et la sexualité?**

Selon l'avis des 20 répondants, les besoins principaux d'apprentissage des adolescentes et des adolescents se situent d'abord au niveau des attitudes et des comportements à acquérir (la demande du port du condom, la responsabilité partagée entre les gars et les filles face à la prévention d'une grossesse ou d'une MTS, etc.). Néanmoins, il demeure essentiel de poursuivre l'information plus technique sur la contraception, les MTS et la sexualité.

« Les attitudes, dit une infirmière scolaire, c'est là qu'on s'arrête, faute de temps, mais c'est très important ». D'abord, en ce qui a trait aux attitudes et aux comportements, deux thèmes reviennent le plus souvent soit le machisme des gars et la soumission des filles. Il faut partir de l'estime de soi, de l'importance d'être bien dans sa peau. Cela veut dire aider les filles à s'affirmer et aider les gars à devenir moins machos, à écouter et à respecter les besoins des filles. Puis, il faut développer le sentiment de responsabilité chez les gars en ce qui a trait à la contraception et aux MTS (port du condom, non-pénétration). La responsabilité repose actuellement beaucoup plus sur les filles.

Pour rendre le garçon plus responsable en ce qui a trait à la contraception, une répondante mentionne qu'elle parie de pension alimentaire à payer si la fille décidait de garder le bébé. « Au début les gars rient, après ils écoutent ce que j'ai à leur raconter au sujet de la responsabilité de leurs parents face à cet enfant jusqu'à l'âge de leur majorité, au retrait automatique sur leur salaire et éventuellement sur le sien aussi. »

Selon certains répondants, il faut aborder avec les jeunes des sujets tels que la violence, la pornographie, la consommation d'alcool ou de drogues et la pression des pairs dans le contexte des rapports entre les gars et les filles. Il a été dit aussi qu'il faut répondre aux questions que les jeunes se posent, les faire parier et partir de là. Il faut être pratico-pratique,

---

<sup>1</sup> Le Depo-Provera est une injection intramusculaire d'acétate de medroxyprogestérone qui est administrée aux trois mois et qui peut remplacer la prise quotidienne d'anovulants.

répondre à des questions telles que : à partir de quel âge peut-on acheter des condoms, où les acheter, quels sont les différents types de condoms sur le marché, etc.? Il a été suggéré d'offrir aux élèves une « boîte à questions » où ils peuvent écrire leurs questions sans gêne.

Enfin, il a été exprimé qu'il faut inviter les jeunes à se supporter entre eux afin d'être plus avertis concernant les MTS et la contraception et plus prudents face à la consommation d'alcool ou de drogues.

### **13. Avec quels organismes collaborez-vous de façon régulière ou ponctuelle?**

Les répondants des 14 organismes consultés ont confirmé qu'ils collaborent de façon régulière ou ponctuelle avec d'autres organismes ou d'autres intervenants de leur organisme dans le cadre de leurs activités dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité. Les organismes-partenaires les plus souvent cités sont, en ordre d'importance, les CLSC, les établissements scolaires, les maisons de jeunes et les organismes pour les jeunes, SIPE Lanaudière (Sida Information, Prévention et Écoute Lanaudière) et la Table de travail IVG (Groupe de travail sur les services de planification des naissances et d'interruption volontaire de grossesse).

Tous les répondants pensent qu'une collaboration avec certains organismes est souhaitable afin de faire action commune. Par exemple, il est important de faire des liens entre les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité et ceux de la toxicomanie et de la nutrition. Il existe des liens entre les risques associés à la grossesse et les MTS, la consommation d'alcool ou de drogues et la faible estime de soi; entre certaines troubles alimentaires comme l'anorexie, le tabagisme et la pilule contraceptive.

Pour certains répondants, une plus grande collaboration semble souhaitable avec, entre autres, les écoles (particulièrement les enseignants du programme de formation personnelle et sociale (FPS)), les maisons de jeunes, les organismes socio-communautaires pour les jeunes, les travailleurs de rue, SIPE Lanaudière et la Direction de la santé publique de Lanaudière. Des collaborations sont également souhaitées entre les psychologues (particulièrement au niveau de l'abus sexuel et de la violence), les médecins des cliniques médicales privées, les pharmaciens, les infirmières scolaires<sup>1</sup> et toutes autres personnes qui oeuvrent auprès des jeunes (psycho-éducateurs, intervenants en toxicomanie, éducateurs spécialisés, etc.). On pense aussi que les intervenants d'un même organisme doivent davantage travailler ensemble. La concertation pourrait être facilitée par la mise sur pied d'un comité de travail multidisciplinaire.

Toutefois, quelques répondants ont mentionné que la concertation et la collaboration qui sont indispensables pour une meilleure planification des interventions se heurtent souvent à un manque de ressources humaines ou financières. Par exemple, les organismes communautaires ont souvent peu d'employés ou de moyens financiers leur permettant de collaborer avec d'autres organismes ou d'entreprendre eux-mêmes certaines actions.

---

<sup>1</sup> Auparavant, les infirmières scolaires se rencontraient quatre fois par année mais ces rencontres n'existent plus. Plusieurs ont dit se sentir isolées dans leur travail. Elles souhaiteraient réinstaurer ces rencontres qui leur permettraient d'échanger et d'identifier ensemble des interventions pour les élèves.

De plus, la concertation est parfois difficile en période de coupure. Les gens sont sur la défensive. Cela tourne quelquefois à une guerre de clocher, à de la compétition pour obtenir une subvention.

Tout en faisant action commune avec différents organismes et types d'intervenants, le rôle important que peuvent jouer les parents auprès de leurs adolescents est perçu par de nombreux répondants comme important.

**14. Quels sont les besoins de formation des intervenants de votre organisme qui travaillent auprès des adolescentes et des adolescents dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité?**

Dans les CLSC, il y a souvent de la formation continue. Cela est très aidant, pensent les répondants de ces organismes. De plus, le travail de collaboration entre les intervenants au sein d'un même organisme est en soi une façon de se donner du perfectionnement (ex: travailler avec un sexologue). On pense aussi que les intervenants des organismes de jeunes peuvent être des formateurs auprès d'intervenants qui connaissent peu cette clientèle.

Les répondants ont eu, dans l'ensemble, de la difficulté à identifier les besoins de formation des intervenants de leur organisme et il a été mentionné que certains intervenants sont peu disponibles pour suivre des formations. Sans considérer ce qui suit comme une identification formelle de leurs besoins de formation, les commentaires des répondants traduisent néanmoins certains besoins importants. Il est ressorti que :

- L'adolescence et la réalité des adolescentes et des adolescents sexuellement actifs sont en partie méconnues par certains intervenants.
- Certains mythes, préjugés et croyances que peuvent avoir les intervenants doivent être ébranlés en ce qui a trait aux MTS, au sida, aux toxicomanies, à la prostitution et à l'homosexualité.
- Les intervenants doivent être capables d'entrer en contact avec les adolescents de manière à créer un climat de confiance. C'est la base. Il faut savoir accueillir le jeune et ne pas le laisser partir sans l'avoir aidé. Il faut avoir une approche qui n'est pas hiérarchisée et qui se base sur le respect. Une approche interactive est privilégiée. Il faut savoir animer des sessions de groupe, savoir comment les faire parler, les mettre à l'aise, puis savoir bien les écouter.
- Il faut de nouveaux outils pour parler de la sexualité et de l'estime de soi.
- Il est indispensable aussi de connaître les ressources qui existent dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité (organismes, personnes-ressources, matériel disponible, etc.).
- Il est important d'identifier des stratégies pour rejoindre les parents, les jeunes hors du système scolaire et les adolescents les plus à risque.

**15. Les adolescentes et adolescents se sentent-ils en confiance dans les organismes qui offrent actuellement les services dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité?**

Selon les répondants, les adolescentes et les adolescents se sentent en confiance dans les organismes qui offrent actuellement les services dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les cliniques pour jeunes et le service offert par les infirmières dans les écoles. En ce qui a trait au programme de formation personnelle et sociale, il semble que cela dépend beaucoup de l'enseignant qui donne le cours. Certains enseignants ne sont pas à l'aise avec le volet sexualité du programme.

Pour les jeunes qui sont les plus à risque, il faut qu'il y ait de l'accompagnement au début, sinon ils ne consultent pas.

Le niveau de confiance dépend du rapport qu'ils ont avec le professionnel qui est devant eux. Néanmoins, selon la plupart des répondants, il arrive souvent que les adolescents se sentent jugés lorsqu'ils consultent dans une clinique privée. La relation avec le médecin est très importante, car les jeunes, même ceux qui sont sexuellement actifs, ne sont pas toujours à l'aise de parler de la sexualité. Les filles, pense-t-on, sont encore moins à l'aise avec les hommes médecins.

Des répondants ont dit qu'en milieu rural, il est plus difficile pour le jeune d'aller au CLSC. Il y est souvent connu et cela l'intimide de consulter dans des domaines liés à la sexualité. Un centre ou un organisme de jeunes serait plus adéquat pour le rejoindre.

**16. Quels sont les pas accomplis depuis 15 ans dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité des adolescentes et des adolescents?**

Environ la moitié des 20 répondants ont noté des gains importants. Les gains ont été obtenus sur une démocratisation de l'information sur ces sujets. On reconnaît aujourd'hui le besoin d'une sexualité, car celui-ci fait partie de l'épanouissement de la personne. On commence à accepter le plaisir sexuel. On s'est adapté aux générations en travaillant à mieux les comprendre. L'approche en promotion de la santé est plus privilégiée qu'auparavant. Il y a davantage de services offerts et ceux-ci sont variés. Il existe des moyens et des outils d'intervention qu'il faut toutefois raffiner comme, par exemple, *Info-Santé*. La mise sur pied de cliniques pour les jeunes est considérée comme un gain important.

Les adolescentes prennent davantage la pilule que celles d'il y a 15 ans. Les MTS sont mieux connues. Il y a eu des activités de prévention face à l'hépatite B. Il a été dit aussi que l'avortement est plus accessible aux jeunes, de même que le condom et la pilule du lendemain.

Le tiers des répondants considèrent que malgré les pas accomplis, une partie de la population adolescente continue à prendre des risques.

Le programme de formation personnelle et sociale (FPS) est bien fait mais l'enseignant qui le livre a une grande marge de manoeuvre dans sa réalisation. Il donne ce qu'il veut donner et ce qu'il se sent à l'aise de donner. Il est souvent peu préparé pour accomplir cette tâche. De plus, il est dit que les périodes allouées à ce programme sont souvent coupées parce qu'elles sont perçues comme moins importantes et que le volet de FPS qui n'est pas enseigné est souvent le volet sexualité.

Il y a aujourd'hui plus de services mais, en contrepartie, plus de problèmes se présentent. Il y a une augmentation des grossesses et des MTS chez les adolescentes, de la violence dans les rapports entre les gars et les filles, de la pornographie et de la consommation d'alcool ou de drogues.

Pour quelques répondants, la situation ne s'est pas améliorée depuis 15 ans. Selon eux, nous accusons certains reculs. Plus le jeune a de l'information, plus il a des relations sexuelles précoces. Avant, on prescrivait la pilule à 14 ans, maintenant c'est à l'âge de 12 ans. Il y a aussi de moins en moins de ressources et moins de temps pour faire le même travail. Au lieu de sortir les ressources des CLSC vers les lieux où se trouvent les jeunes, on centralise les services.

**17. Quelles sont les principales difficultés rencontrées? Quels sont les besoins insatisfaits? Quelles sont les réponses et les solutions possibles à ces difficultés? Les actions à poser?**

Le tableau qui suit présente les difficultés et les besoins insatisfaits, les réponses et les pistes d'action identifiées par les répondants.

En ce qui a trait...	Difficultés et besoins insatisfaits	Réponses et pistes d'action
A la contraception	<p>Il semble y avoir une augmentation des grossesses à l'adolescence.</p> <p>Chez les adolescentes qui ont moins de 14 ans, il y a une zone grise importante pour prescrire la pilule. Il n'y a pas de support légal permettant de prescrire la pilule (sans le consentement des parents).</p> <p>La pilule du lendemain n'est pas disponible durant les fins de semaine ou lors de congés, car les cliniques médicales et les CLSC sont fermés.</p> <p>Il n'y a pas de clinique d'avortement dans Lanaudière.</p>	<p>Démystifier l'idéalisation de la maternité par des témoignages.</p> <p>Avoir des actes délégués pour les infirmières concernant la pilule contraceptive.</p> <p>Rendre accessible les cliniques IVG sur le territoire de Lanaudière.</p>

En ce qui a trait...	Difficultés et besoins insatisfaits	Réponses et pistes d'action
A la contraception (suite)		Offrir un support et un suivi après une IVG afin de prévenir également une autre grossesse indésirée.
Aux MTS	<p>Une majorité de jeunes n'ont pas de comportements sécuritaires face aux MTS. Si au moins la moitié des adolescentes sexuellement actives prennent la pilule, le port du condom, en revanche, est peu ou pas combiné à la prise de contraceptifs oraux.</p> <p>Malgré qu'ils disent être las d'en entendre parler, les jeunes ne se protègent pas face aux MTS. Le message ne passe pas.</p> <p>On n'arrive pas à rejoindre autant les gars que les filles.</p> <p>Les condoms ne sont pas assez accessibles.</p> <p>Les jeunes ne sont pas à l'aise pour consulter. Ils ont peur de se faire disputer. Ils ne se sentent pas toujours en confiance.</p>	<p>Promouvoir le port du condom.</p> <p>Adopter un discours plus positif, moins moralisateur. Parier du plaisir et des sentiments dans la sexualité.</p> <p>Identifier et utiliser des moyens afin de les responsabiliser (ébranler des croyances face au condom, parler de leur responsabilité financière, de la pension alimentaire et du retrait direct au salaire).</p> <p>Impliquer les pharmaciens dans la promotion (étalages mieux situés, information donnée aux jeunes, prix réduits pour les jeunes de moins de 18 ans).</p> <p>Promouvoir la prise de la pilule avec le port du condom (« jamais l'une sans l'autre »).</p> <p>Promouvoir l'installation de distributrices de condoms dans les écoles secondaires.</p> <p>Promouvoir la vente des condoms dans les dépanneurs des localités où il n'y a pas de pharmacies.</p> <p>Promouvoir la qualité de l'accueil dans les CLSC et les cliniques privées.</p> <p>Faire en sorte que le jeune puisse rencontrer le même intervenant, à l'école, dans les cliniques et au CLSC.</p>

En ce qui a trait...	Difficultés et besoins insatisfaits	Réponses et pistes d'action
Aux MTS (suite)	Les services de dépistage ne sont pas assez connus ou accessibles.	<p>Offrir des services qui s'adressent spécialement aux jeunes (cliniques jeunesse).</p> <p>Publiciser les services adéquatement.</p> <p>Offrir et faire connaître les services de dépistage anonyme du VIH et de dépistage des MTS.</p> <p>Améliorer la notification des partenaires MTS.</p> <p>Effectuer systématiquement un dépistage des MTS lors d'un PAP test.</p>
A la sexualité	Le contexte des relations entre les gars et les filles n'est pas propice à des relations sexuelles épanouissantes et sécuritaires (machisme des gars et pressions des pairs, soumission et dépendance affective des filles, consommation d'alcool ou de drogues, violence et pornographie).	Axer la promotion et la prévention sur une vision positive de la sexualité qui réunit plaisir et prudence.
A la prévention-promotion	<p>Dans les CLSC, en période de coupure, la prévention est de moins en moins une priorité. On revient au curatif.</p> <p>Le temps de présence des infirmières scolaires tend à diminuer dans les écoles. On dispose de moins de temps pour rencontrer les élèves en groupes.</p>	<p>Avoir une approche globale et multidisciplinaire de la santé.</p> <p>Rencontrer tous les groupes du secondaire pour faire connaître les services, les personnes-ressources et le CLSC.</p> <p>Faire davantage de rencontres de groupes que de consultations individuelles afin de sensibiliser et d'outiller ceux qui ne consultent pas.</p> <p>Utiliser l'approche par les pairs pour rejoindre le plus grand nombre d'adolescents.</p>
Aux parents	Les parents sont peu ou pas impliqués, leur rôle d'éducateur est limité. On ne sait pas comment les rejoindre.	Identifier des moyens de les rejoindre et de les mobiliser (ex.: par le programme FPS; lors d'événements à l'école tels que la remise du bulletin ou la tenue d'activités sportives ou culturelles; par le biais d'un vidéo éducatif dans la salle d'attente du CLSC).

En ce qui a trait...	Difficultés et besoins insatisfaits	Réponses et pistes d'action
Aux parents (suite)		<p>Mieux outiller les parents et leur faire connaître les ressources existantes.</p> <p>Utiliser les journaux qui entrent gratuitement dans les foyers pour diffuser de l'information.</p>
Aux enseignants de formation personnelle et sociale (FPS)	<p>Ils sont quelquefois peu préparés ou inconfortables à assumer le volet sexualité du programme FPS. Ceux-ci passent quelquefois leurs croyances et leurs valeurs. Il y en a qui montrent des films du mouvement Pro-Vie.</p> <p>Le programme FPS n'arrive pas toujours au bon moment dans la vie du jeune. On uniformise les contenus et on arrive quelquefois trop tôt ou trop tard. Pour des raisons d'horaire, il n'y a pas de FPS en secondaire 2.</p> <p>Le programme FPS est bien fait mais on tend à couper facilement les périodes FPS et les cours du volet sexualité. Le programme FPS est continuellement menacé de disparaître. Il n'y a pas toujours de programmes FPS au primaire.</p>	<p>Offrir des formations aux enseignants FPS.</p> <p>Confier le volet sexualité aux enseignants ou aux professionnels qui sont à l'aise et les mieux préparés à le faire.</p> <p>Confier cet enseignement aux personnes spécialisées en sexologie ou en sexualité.</p> <p>Il serait souhaitable que l'enseignant qui livre le volet sexualité soit le même à tous les niveaux.</p> <p>Le rôle de la santé publique serait de faire des pressions afin que le volet sexualité du programme ne soit plus escamoté.</p>
Aux jeunes les plus à risque	<p>Les jeunes les plus à risque ne sont pas rejoints: ceux qui abusent d'alcool ou de drogues, les homosexuels et ceux qui ont quitté le système scolaire.</p>	<p>Rejoindre les jeunes là où ils sont. Sortir les intervenants des CLSC et même quitter un peu l'école pour aller dans les arcades, les centres d'achats, les centres de jeunes, les parcs, les McDonald, etc.</p> <p>Dans les écoles, voir les élèves en groupes sinon on ne rejoint pas ceux qui sont le plus à risque.</p> <p>Établir des liens plus étroits entre le CLSC, les écoles et le milieu communautaire.</p> <p>Commencer la prévention dès le primaire, soit avant les premières relations sexuelles.</p> <p>Faire le lien entre le suicide et l'homosexualité chez les adolescents.</p>

<b>En ce qui a trait...</b>	<b>Difficultés et besoins insatisfaits</b>	<b>Réponses et pistes d'action</b>
<b>Aux jeunes les plus à risque (suite)</b>		<p>Offrir un service d'hébergement pour les jeunes de la rue, principalement durant les fins de semaine.</p> <p>Offrir un encadrement aux jeunes de la rue dans les moments où ils sont le plus vulnérable et le plus à risque, ce qui permettrait également de faire de la prévention.</p>
<b>Aux organismes partenaires</b>	<p>Il est difficile de faire le lien entre le communautaire et le CLSC. Le CLSC doit avoir une vision plus large et ne plus seulement centrer ses services sur les aspects purement curatifs.</p>	<p>Travailler en équipe multidisciplinaire et collaborer avec d'autres organismes et intervenants qui travaillent auprès des mêmes clientèles.</p> <p>Reconnaître que les travailleurs communautaires peuvent être des formateurs auprès des enseignants FPS et des parents.</p> <p>Donner plus de moyens aux organismes communautaires.</p>

## **SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS**

Cette synthèse des résultats issus de la consultation permet de tracer le portrait de la situation actuelle telle que perçue ou vécue par les 20 répondants qui travaillent auprès des jeunes.

- 1) Selon les perceptions et les observations de la majorité des répondants, nous assistons actuellement à une augmentation du nombre de grossesses chez les adolescentes de la région.
- 2) Même si l'ensemble des répondants pensent que la majorité des filles sexuellement actives prennent la pilule, ils croient en revanche qu'une minorité de garçons utilisent le condom de façon régulière. Selon eux, bon nombre de jeunes ont des comportements non sécuritaires face aux MTS et au sida.
- 3) Il existe un doute chez l'ensemble des répondants à l'effet que certains professionnels de la santé ne font pas toujours ressortir les liens entre la contraception, les MTS et la sexualité auprès des adolescents. Il s'agit principalement, selon eux, de médecins qui travaillent dans les cliniques privées et qui disposent de peu de temps avec l'adolescent lors de la consultation.
- 4) Les jeunes les plus à risque face à une grossesse précoce ou une MTS ne sont pas suffisamment rejoints par les programmes et les services actuellement offerts. Il s'agit surtout de ceux qui abusent d'alcool ou de drogues, des homosexuels et des décrocheurs.
- 5) Les comportements non sécuritaires face à une grossesse ou une MTS sont influencés par différents facteurs et différentes croyances ou valeurs. Les répondants ont principalement fait ressortir les rapports inégalitaires entre les gars et les filles, la consommation d'alcool ou de drogues et finalement des connaissances ou des croyances inadéquates ou fausses sur la contraception, les MTS et la sexualité.
- 6) Dans l'ensemble, les répondants pensent que des pas ont été accomplis depuis 15 ans en ce qui a trait à la prévention et à l'éducation face à la grossesse et aux MTS. Des services dans ces domaines sont offerts aux adolescents et ont permis de rendre plus accessibles le condom, la pilule et le service d'avortement. Toutefois, de nombreuses lacunes ont été soulevées, particulièrement en ce qui a trait :
  - à l'information et à la publicité sur les organismes du milieu et les services offerts;
  - au transport souvent inexistant ou problématique;
  - à la diffusion des services offerts sur l'ensemble du territoire;
  - aux horaires des services qui ne sont pas toujours adéquats;
  - à l'accueil et à la confidentialité;
  - aux garçons qui ne sont pas suffisamment ciblés et rejoints;
  - à l'accessibilité du dépistage.

En période de coupures financières, il a aussi été noté que l'on dispose de moins en moins de temps ou de ressources pour accomplir le même mandat. Par exemple, en milieu

scolaire, les infirmières doivent délaissier l'éducation et la prévention pour se consacrer davantage à des interventions de type curatif.

- 7) En ce qui a trait à l'éducation, certains agents multiplicateurs doivent être mieux outillés pour appuyer les adolescents. Il s'agit des parents des adolescents et des enseignants du programme de formation personnelle et sociale (FPS). Selon les répondants, les parents parlent peu ou pas de sexualité avec leurs enfants. Il ressort également que les enseignants du programme FPS ne sont pas toujours à l'aise ou suffisamment préparés pour donner le volet sexualité à leurs élèves du primaire ou du secondaire. De plus, le programme FPS ne se donne pas en secondaire 2. Donc, vers l'âge de 13 et 14 ans, les adolescents n'ont accès à aucune formation scolaire en sexualité.
- 8) Les ressources et les approches varient sensiblement d'un CLSC à l'autre. Trois CLSC sur six ont une clinique jeunesse à « temps partiel » qui accueille les jeunes selon certains horaires pré-établis. En dehors de ces horaires, les adolescents sont orientés vers les services courants de leur CLSC. Dans les CLSC qui n'ont pas de clinique jeunesse, les adolescents sont desservis par le biais des services courants de ces établissements. Certains CLSC ont développé des liens avec des cliniques médicales privées pour assurer une accessibilité des services aux adolescents qui sont éloignés de leurs points de service. Tous les CLSC ont des infirmières qui travaillent en milieu scolaire.

La consultation a permis de relever un écart important entre les deux CLSC du sud de Lanaudière (CLSC Lamater et Le Méandre), en termes de ressources accessibles pour les adolescents dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité. Mentionnons que les deux territoires que couvrent ces CLSC sont ceux où l'on retrouve la plus importante concentration d'adolescents dans l'ensemble de la région lanauoise.

Concernant le CLSC Le Méandre, celui-ci dispose d'une *Clinique des jeunes* située dans un autre lieu que le CLSC. Celle-ci accueille exclusivement les jeunes de 12 à 20 ans, trois jours par semaine, sept heures par jour. Un médecin et une infirmière y travaillent pendant ces journées alors qu'une travailleuse sociale y est présente deux jours sur trois. La Clinique fonctionne sans rendez-vous, mais à cause de la forte demande, l'on privilégie de plus en plus l'accueil avec rendez-vous.

Le CLSC Lamater, malgré une population de jeunes légèrement plus importante qu'au CLSC Le Méandre, ne dispose que d'une infirmière à demi-temps et d'un petit local situé au CLSC. À l'intérieur des services courants, il n'existe aucun autre service qui soit spécifique aux jeunes.

L'écart entre la disponibilité de ressources entre les deux CLSC, Le Méandre et Lamater, est d'autant plus étonnant si l'on compare le profil socio-économique des deux territoires couverts respectivement par ces CLSC, soit la MRC de L'Assomption et celle des Moulins. Les données disponibles (Cadioux et Guillemette, 1997) révèlent que la MRC des Moulins vit des difficultés socio-économiques plus importantes (scolarité plus faible, chômage plus élevé, pauvreté plus grande) que la MRC de L'Assomption, et pourrait constituer un milieu où plus d'adolescents seraient à risque de vivre une grossesse ou de contracter une MTS.

Quant aux autres CLSC de la région, mentionnons que le CLSC Joliette a intégré depuis l'an dernier sa *Clinique jeunesse* à la Clinique santé, ce qui a permis d'améliorer l'accessibilité des services auprès de la clientèle jeunesse. Les jeunes sont ainsi desservis par le biais des services courants du CLSC, lesquels sont accessibles cinq jours par

semaine, de 8h30 à 20 heures. Trois infirmières travaillent auprès de cette clientèle ainsi que quelques médecins. Avant l'intégration, la *Clinique jeunesse* ne disposait que d'une personne à demi-temps.

Dans les CLSC D'Autray, Montcalm et de Matawinie, il n'y a pas de *clinique jeunesse* dans les locaux du CLSC. À l'exception des services offerts par les infirmières en milieu scolaire, la clientèle des adolescents est rejointe par le biais des services courants de ces CLSC. Toutefois, un médecin du CLSC de Matawinie assure une présence dans une école secondaire, une journée par semaine, dans le cadre de ce qui est appelée une clinique jeunesse. Mentionnons qu'il n'y a pas de médecin au CLSC D'Autray sauf au point de service à St-Gabriel.

9) Concernant les interventions des professionnels de la santé en milieu scolaire dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité, la consultation révèle les points suivants :

- de façon générale, ce sont les infirmières scolaires qui travaillent auprès des jeunes dans les écoles primaires et secondaires. Elles assurent une présence qui varie de quelques heures à quelques jours par semaine et certaines travaillent dans plus d'un établissement scolaire. Un petit nombre de médecins interviennent dans les écoles;
- la majorité des infirmières scolaires font davantage de consultations individuelles auprès des élèves que des rencontres en groupes;
- l'aide apportée aux enseignants du programme FPS varie de quelques heures à 150 heures par année.



**PARTIE 2**

**ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER  
POUR LE PLAN D'ACTION  
SUR LA PLANIFICATION DES NAISSANCES  
ET LA PRÉVENTION DES GROSSESSES  
ET DES MTS À L'ADOLESCENCE**



Dans cette seconde partie, nous présentons l'approche, la stratégie et les principales pistes d'action suggérées émanant des propos recueillis auprès des répondants pour la préparation du plan d'action.

## **1. Une approche multidisciplinaire**

Il ressort, des préoccupations des répondants, qu'une approche multidisciplinaire et de concertation en prévention et en promotion de la santé des jeunes doit être privilégiée. La santé du jeune doit être vue de façon globale et non pas en termes de différentes problématiques. Au départ, la contraception, les MTS et la sexualité sont indissociables.

La santé sexuelle s'imbrique dans un contexte plus large dans lequel l'adolescent navigue souvent avec difficulté. Le jeune d'aujourd'hui est confronté très tôt à la consommation d'alcool ou de drogues, à la violence et à la pornographie, ainsi qu'aux MTS et au sida.

La dimension affective et la santé physique de l'adolescent sont intimement liées. Les gestes que le jeune pose sont dictés par ses croyances et ses besoins d'ordre affectif et social. Il est important de mettre en lien la pilule contraceptive ou le tabac avec l'anorexie, l'homosexualité avec le suicide, et enfin, la faible estime de soi, la consommation d'alcool ou de drogues avec une relation sexuelle non protégée et diverses conduites à risque.

Les organismes qui travaillent auprès des jeunes devraient faire action commune et se concerter afin de rejoindre plus efficacement les adolescents. Le plan d'action en matière de planification des naissances et de prévention des grossesses et des MTS à l'adolescence devrait viser à mobiliser différents agents multiplicateurs tels que les parents, les enseignants du programme de formation personnelle et sociale (FPS), les pharmaciens, les médecins de cliniques privées, les professionnels en CLSC, les intervenants en toxicomanie et en éducation spécialisée, les travailleurs de rue et les animateurs de sports et de loisirs, etc.

## **2. Une stratégie**

Il ressort de la consultation l'importance d'intensifier l'approche en promotion de la santé et les actions en prévention des grossesses et des MTS auprès des adolescentes et des adolescents de Lanaudière. Il faut également cibler et rejoindre davantage les jeunes les plus à risque tels que les jeunes en difficulté, ceux qui abusent d'alcool ou de drogues, les homosexuels et les décrocheurs.

## **3. Des pistes d'action possibles**

Les principales pistes d'action identifiées par les répondants qui pourraient être discutées avec les partenaires impliqués dans le plan d'action sont les suivantes :

- Faire connaître davantage les services et les programmes en contraception, MTS et sexualité grâce à des campagnes et des outils de communication appropriés.
- Améliorer les services existants afin de les rendre plus accessibles (horaire, accueil, confidentialité).

- Rejoindre les adolescents dans les milieux qu'ils fréquentent.

Il faut partiellement « sortir » les intervenants des milieux institutionnels (CLSC, écoles) et offrir une présence dans les milieux de vie des jeunes (centres d'achats, centres de loisirs, arcades, maisons de jeunes, etc.).

- Appuyer les parents d'enfants et d'adolescents dans leur rôle d'éducateur.

Actuellement les principaux acteurs en prévention des MTS et de la grossesse chez les adolescents sont les infirmières scolaires et les enseignants FPS. Plusieurs études soulignent le rôle limité que jouent actuellement les parents en matière d'éducation sexuelle. Associer et outiller les parents à jouer leur rôle d'éducateur semble être une priorité.

- Offrir un appui technique et possiblement de la formation aux enseignants du programme FPS, particulièrement pour le volet sexualité.
- Revoir et améliorer le discours actuel et les messages véhiculés en prévention de la grossesse et des MTS.

Les besoins d'apprentissage des adolescents se situent davantage au niveau des attitudes et des comportements qu'au niveau des connaissances. Il faut aider l'adolescent à s'affirmer dans son besoin de vivre une relation sexuelle protégée.

Les adolescents veulent entendre parler d'amour et de relation amoureuse. Il faut mettre l'accent sur les rapports gars-filles plutôt que seulement sur la « mécanique » des rapports sexuels. Le message de protection doit être présenté de façon positive plutôt que d'insister sur les dangers de la sexualité.

- Viser à développer l'estime de soi - particulièrement chez les filles - et le respect de la différence chez les garçons.
- Favoriser une éducation qui rejoint et mobilise autant les garçons que les filles.

L'éducation doit promouvoir le report de la première relation sexuelle. Pour ceux qui sont sexuellement actifs, l'éducation devra promouvoir des pratiques sexuelles sécuritaires.

La promotion du port du condom doit être mieux orchestrée afin d'uniformiser le message. Elle devra être plus positive en mettant l'accent sur le plaisir et la sécurité plutôt que sur la peur d'une MTS, du sida ou d'une grossesse non désirée. Parallèlement, le condom doit devenir plus accessible aux jeunes (meilleurs coûts, divers lieux d'approvisionnement).

Finalement, les activités de prévention doivent aborder la sexualité dans le contexte de la consommation d'alcool ou de drogues.

## CONCLUSION

La planification des naissances et la prévention des grossesses et des MTS à l'adolescence sont des problématiques importantes dans le domaine de la promotion de la santé auprès des jeunes.

Cette consultation révèle certains pas accomplis mais aussi les obstacles auxquels se heurtent les programmes d'intervention destinés aux élèves du primaire et du secondaire. Elle permet également de mieux saisir la complexité des défis auxquels font face les adolescents, de même que les organismes et les intervenants qui les supportent à vivre une sexualité en santé.

À la lumière des résultats de cette consultation, la Direction de la santé publique de Lanaudière pourra maintenant tracer un plan d'action adapté aux besoins de la région en collaboration avec les organismes et les intervenants oeuvrant auprès des jeunes préoccupés par la planification des naissances et la prévention des grossesses et des MTS à l'adolescence.

L'importance accordée dans cette consultation à la problématique de la grossesse à l'adolescence ne nous permet pas de mettre en veilleuse les réalités de la population adulte en matière de planification des naissances. Dans le cadre de ce rapport, nous pourrions nous limiter à mentionner qu'au Québec, les taux d'IVG les plus élevés se retrouvent chez les femmes de 20 à 29 ans. Dans Lanaudière, ce sont les femmes de 20 à 24 ans qui ont le plus recours à une IVG (Guillemette, 1996). De plus, certaines MTS contractées à l'adolescence n'auront un impact sur la vie reproductive des femmes que plusieurs années plus tard.

La Direction de la santé publique de Lanaudière, en collaboration avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le domaine de la planification des naissances et de la prévention des MTS, devra développer des stratégies préventives efficaces qui permettront de réduire le taux de grossesse non désirée ainsi que les risques d'infertilité associés aux MTS. Des activités d'information, d'éducation et de dépistage pourront se juxtaposer à celles destinées aux adolescents afin de promouvoir également des comportements sexuels sécuritaires et responsables auprès des jeunes adultes.



## BIBLIOGRAPHIE

- (1996). **Accord concernant le programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmises sexuellement entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Régie de l'assurance-maladie du Québec.** Québec, 11 novembre.
- BSQ et MSSS (1995). **Estimations de 1981, 1986 et 1991, et projections 1996, 2001, 2006, 2011 et 2016, selon le territoire de CLSC,** juin.
- COLIN, C., HAMEL, M. et LEPAGE, M.-C. (1993). **Santé publique : ses domaines d'intervention. Famille/Enfance/Jeunesse.** Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique. Série de cahiers thématiques, décembre, 108 p.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1996). **La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action.** Rapport au ministre de la Santé et des Services sociaux. Québec, 80 p.
- FORGET G. et al. (1989). **Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale, Avis sur la grossesse à l'adolescence.** Québec, Ministère de la santé et des service sociaux, 128 p.
- FOURNIER, K. (1997). **L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois, Enquête auprès des CLSC et des directions d'écoles secondaires.** Québec, MSSS, 55 p.
- FRIEDLAND, G. et al. (1990). **Additional Evidence for Lack of Transmission of HIV Infection by Close Interpersonal (Casual) Contact,** *Aids*, vol. 4, no. 7, p. 639.
- GUILBERT, É. et FORGET, G. (1991). **Teenage pregnancy in Canada and Quebec,** *Canadian Family Physician*, vol. 37, may, pp. 1189-1192.
- GUILLEMETTE, A. (1996). **Des mères et des enfants. La fécondité et la périnatalité dans Lanaudière de 1979 à 1993.** Joliette, RRSSSL, Direction de la santé publique, juin, 175 p.
- HOLMES. K.K. et al. (1990), **Sexually transmitted diseases.** McGraw-Hill., 1079 p.
- KOUSTSKY, L.A. (1988). **Epidemiology of genital human papillomavirus infection,** *Epidemiologic Reviews*, vol. 10, pp. 122-163.
- MARTIN, M. (1994). **La politique de la santé et du bien-être : Objectif # 13. Les maladies transmissibles sexuellement et le sida.** Joliette, RRSSSL, Direction de la santé publique, février, 46 p.
- MORRISON, E. A.B. (1994) **Natural history of cervical infection with human papillomaviruses.** *Clinical Infectious Diseases*, february, vol. 18, no. 2, pp. 172-180.

- MORRISSET, R.; PECHÈRE, J.C. (1990). **Reconnaître, comprendre, traiter les MTS**. St-Hyacinthe, Édisem; Paris, Maloine, 519 p.
- OTIS, J. (1994). **Connaissances, attitudes et comportements des élèves en matière de prévention des MTS et du sida. Étude en milieu scolaire réalisée en mai 1993 auprès d'élèves des secondaires II à V. Document-synthèse à l'intention des intervenants en milieu scolaire**. Projet subventionné par le Conseil québécois de la recherche sociale, avril, 8 p.
- QUÉBEC (PROVINCE), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995). **Orientations ministérielles en matière de planification des naissances**. Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 32 p.
- QUÉBEC (PROVINCE), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). **SEXPRIMER pour une sexualité responsable**, Montréal, 225 p.
- QUÉBEC (PROVINCE), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). **Politique de Périnatalité**. Québec, 101 p.
- QUÉBEC (PROVINCE), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). **La Politique de la Santé et du Bien-être**. Québec, 192 p.
- QUÉBEC (PROVINCE), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. **Fichier des décès, 1989 à 1993**.
- RÉMIS, R. (1993). **Surveillance des cas du syndrome d'immunodéficience acquise (Sida), CQCS, Québec, cas cumulatifs, 1979-1993**, Québec, CQCS, 26 p.
- ROCHON, M. (1992). **Taux de grossesse des adolescentes de moins de 18 ans selon l'issue et la région sociosanitaire de résidence en 1990. Données préliminaires**. Québec, MSSS, Service des études sociosanitaires, 8 p.
- ROCHON, M. (1995). **Taux de grossesse à l'adolescence, Québec 1980 à 1993. Région sociosanitaire de résidence, 1992-1993**. Québec, MSSS, DGPE, Service de la recherche, 11 p.
- SHERLOCK, S. (1987). **The Natural History of Hepatite B**. Post-Graduate Medical Journal, vol. 63, Supplement 2, pp. 7-11
- STEBEN, M. et al. (1994). **Les maladies transmissibles sexuellement**. « Collection l'omnipraticien ». Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 412 p.

**ANNEXES**



ANNEXE 1

GRILLE D'ENTREVUE

Entrevue # \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

1. À votre avis, de façon générale, les services dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité sont-ils accessibles aux adolescentes et adolescents? Cochez ce qui facilite l'accessibilité ou, au contraire, doit être amélioré.

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> autant accessible aux gars qu'aux filles                     | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> ressources suffisantes (humaines, matérielles, etc.)         | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> utilisation d'agents multiplicateurs, approche par les pairs | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> visibilité de(s) l'organisme(s), (bien situé-s)              | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> transport disponible   | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> représentation géographique                                  | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> organisme(s) et service(s) connus, bien publicisés           | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> délai d'attente pour le rendez-vous                          | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> matériel en langage simple, clair                            | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> horaire adéquat des services                                 | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> durée suffisante des rendez-vous                             | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> confidentialité  | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> qualité de l'accueil - climat de confiance                   | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> coûts (faibles ou gratuits)                                  | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> dépistage  | <input type="checkbox"/> à améliorer |
| <input type="checkbox"/> traitement   | <input type="checkbox"/> à améliorer |

Commentaires :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. À votre avis, pensez-vous qu'actuellement les interventions dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité sont interreliées et se complètent (ou si plutôt chaque type d'intervention se fait de façon plutôt isolée)? *Commentez.*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. À votre avis, les programmes et services actuels dispensés dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité rejoignent-ils les adolescentes et les adolescents les plus à risque? Et vos programmes? *Commentez.*

Par exemple, rejoignent-ils ... (*Encercler*) les décrocheurs - les jeunes en difficulté - les jeunes de milieux défavorisés - les toxicomanes - les homosexuels - etc.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

4. À votre avis, quelles autres personnes, outre les adolescents, pouvant être des agents multiplicateurs faut-il rejoindre dans le cadre d'interventions dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité ? (*Encercler*)

parents - intervenants - médecins - pharmaciens - infirmiers(ères) CLSC- infirmières scolaires - travailleurs sociaux - travailleurs de rue - enseignants - enseignants FPS, d'autres jeunes, etc. *Commentez.*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Vos activités et programmes rejoignent-ils les parents d'adolescentes et d'adolescents?  
 oui       non

Commentaires :

---

---

---

---

---

6. L'information et la promotion auprès des jeunes vous semblent-elles suffisantes dans les médias (journaux, revues, télévision, radio, etc.)?  
 oui       non       ne sais pas

Commentaires :

---

---

---

---

---

- Selon vous, sont-elles adaptées à leurs besoins (contenu, langage simple, etc.)?  
 oui       non       ne sais pas

Commentaires :

---

---

---

---

---

7. À votre avis, est-ce que les adolescentes et les adolescents d'aujourd'hui, ont, dans l'ensemble, des comportements sécuritaires face à la contraception et aux MTS?  
*Commentez.*

---

---

---

---

---

8. Selon vous, quelles sont les croyances des adolescentes et adolescents qui peuvent constituer une entrave à l'adoption de comportements sécuritaires en ce qui a trait à la grossesse? *Commentez.*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9. Selon vous, quelles sont les croyances des adolescentes et adolescents qui peuvent constituer une entrave à l'adoption de comportements sécuritaires en ce qui a trait aux MTS? Commentez.

---

---

---

---

---

---

---

---

10. En 1997, diriez-vous que le condom est accessible pour les adolescentes et adolescents?

- très accessible
- plutôt accessible
- plus ou moins accessible
- peu accessible
- pas du tout accessible
- ne sais pas

11. À votre avis, le condom est utilisé...?

- par une majorité de votre clientèle d'adolescents
  - par au moins la moitié des adolescents
  - par une minorité d'adolescents
  - autre réponse \_\_\_\_\_
  - ne sais pas
- } → préciser le pourcentage \_\_\_\_\_

Selon vous, est-il utilisé....?

- toujours     souvent     de façon irrégulière     rarement     jamais

Commentaires :

---

---

12. En dehors du condom et de l'utilisation de la pilule contraceptive, y a-t-il d'autres moyens de protection que les programmes dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité devraient promouvoir auprès des jeunes? Commentez.

---

---

---

---

---

---

---

---

13. À votre avis, les besoins principaux des adolescentes et adolescents se situent-ils surtout au niveau...?

- des connaissances à acquérir sur :
  - la contraception
  - les MTS
  - la sexualité
- d'un savoir-faire à acquérir (ex.: utilisation d'un condom, nettoyage des seringues,...)
- d'attitudes et de comportements à acquérir (demander le port du condom, responsabilité partagée entre les gars et les filles, etc.)

Commentaires :

---

---

---

---

---

14. Avez-vous déjà évalué certains de vos programmes ou de vos services offerts auprès des jeunes dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité?

- oui
- non

Commentaires :

---

---

---

---

### Les intervenants

15. Collaborez-vous de façon régulière (ou ponctuelle) avec des intervenants de d'autres organismes? Si oui, de quels organismes? *Commentez.*

(Ex.: CLSC - organismes communautaires - centres hospitaliers - centres Jeunesse - maison de jeunes - cliniques médicales - établissements scolaires - SIPE - Table IVG, etc.)

---

---

---

Est-ce qu'une plus grande collaboration avec ces organismes vous semble souhaitable?

- oui
- non

Commentaires :

---

---

---

Avec quel(s) autre(s) organismes ou type(s) d'intervenants souhaiteriez-vous collaborer davantage?

Commentez.

---

---

---

16. Diriez-vous que les intervenants de votre organisme ont une formation adéquate et suffisante sur...? *Cocher les formations jugées nécessaires.*

- la contraception
- les MTS
- la sexualité
- l'adolescence et la réalité des adolescents sexuellement actifs
- la façon d'entrer en contact avec eux de manière à créer un climat de confiance

Commentaires :

---

---

---

---

17. Selon vous, quels seraient les principaux besoins en formation des intervenants de votre organisme? *Commentez.*

---

---

---

---

---

18. En général, diriez-vous que les adolescentes et adolescents se sentent en confiance dans les organismes qui offrent actuellement les services dans les domaines de la contraception, des MTS et de la sexualité? *Commentez.*

---

---

---

---

---

*Si non*, quels sont les organismes qui seraient plus susceptibles de rejoindre les jeunes et en lesquels ceux-ci auraient confiance? *Commentez.*

---

---

---



22. Êtes-vous intéressé(e) et disponible...

À participer à une rencontre portant ultérieurement sur le plan d'action en planification des naissances et en prévention des grossesses et des MTS à l'adolescence?

oui       non

À collaborer à un projet émanant du plan d'action?

oui       non

Télécopieur : \_\_\_\_\_

**MERCI DE VOTRE COLLABORATION!**

NOTES :

## ANNEXE 2

### QUELQUES RESSOURCES MENTIONNÉES PAR LES RÉPONDANTS

#### Livres, documents, vidéos

***Comment développer l'estime de soi de nos enfants, Journal de bord à l'intention des parents***, Danielle Laporte et Lise Sévigny, Service des publications de l'Hôpital Sainte-Justine, 3175, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal (Québec), H3T 1C5. Tél. : (514) 345-4671 (au coût de 15,00 \$ environ, taxes et frais d'expédition compris). Ce document propose des activités, suggère des pistes de réflexion et donne des conseils pratiques.

***L'estime de soi de nos adolescents, Guide pratique à l'intention des parents***, G. Duclos, D. Laporte et J. Ross (1995), également une publication de l'Hôpital Ste-Justine.

***Les ados : mode d'emploi à l'usage des parents***, Michel Delagrave. Publications MNH, 3947 Chabanel, Beauport, G1E 4M7. Tél./Télec. : (418) 666-8961.

***Rôle de l'infirmière en milieu scolaire***, publié par la Table de concertation des infirmières en santé des jeunes (5-12 ans). Ce document traite des principales difficultés dans le domaine de la santé en milieu scolaire et propose des recommandations concrètes. Disponible au coût de 5,00 \$, 1,90\$ de frais de manutention, au CLSC Frontenac, 17, rue Notre-Dame sud, Thetford Mines, (Québec), G6G 1J1.

***Programme de formation à l'intervention d'accompagnement intensif auprès des jeunes vulnérables***, Guide du formateur, par Louise Lemay et France Gauthier, Février 1997, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique. Ce guide propose un programme de développement-consolidation des compétences éducatives recherchées chez les adultes accompagnateurs. Six modules, une panoplie d'informations, de moyens et de références. 272 pages, 15,00 \$ au centre de documentation. Information : Françoise Rouleau (514) 528-2400, poste 3963.

***Formation sur le plan global et intersectoriel pour la priorité jeunesse***, Lucie Brousseau et Marguerite Paiement, juin 1996, 108 pages, 10,00 \$. ***Des projets en lien avec les 4 stratégies de la priorité jeunesse***, également des mêmes auteures, 11,00 \$, DSP Montréal-Centre.

***Guide sécurisexe Sexualité, Santé et VIH Une ressource pour les éducateurs et les conseillers***, publié par la Société canadienne du sida. Le guide a été révisé en 1994. Tél : (613) 230-3580, télécopieur : (613) 563-4998.

***Si tu m'aimes, ne m'aime pas***, Approche systémique et psychothérapie, Mony Elkaïm.

***Mieux vivre avec nos adolescents***, Psychologie de l'adolescence de Richard Cloutier.

***Accessibilité du condom en milieu scolaire québécois***, Enquête auprès des CLSC et des directions d'écoles secondaires, MSSS, mars 1997.

***SEXprimer pour une sexualité responsable***, Guide d'animation 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> secondaire, un projet de prévention des grossesses à l'adolescence, MSSS, 1994.

**Le guide de la sexualité**, film vidéo. Pour la location gratuite, s'adresser à la Direction de la santé publique de Lanaudière au (514) 759-9900.

**Sexualité, MTS et sida. Parlons-en.** Une brochure à l'intention des parents, MSSSQ, 1996. Ce document de 19 pages est disponible dans les CLSC ou à la Direction de la santé publique de chaque région.

**C'est pas à soir qu'on va se noyer**, film vidéo sur le sida et les adolescents (secondaires 4 et 5).

**J'me sus poussée. Faut que j'me sauve.** Film vidéo. Pour sensibiliser les jeunes à la problématique du sida. Productions Virage.

### **Autres ressources**

Programmes de formation gratuits offerts aux intervenants qui travaillent auprès des clientèles à risque face aux MTS-sida, ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) au (514) 873-9890.

**Regroupement des intervenants en planning et en sexualité (R.I.P.S.).** L'adhésion au R.I.P.S. coûte 25,00 \$. Celle-ci comprend un abonnement au journal *Contrasexion*. L'organisme fournit une liste de ressources et organise des colloques. Le R.I.P.S. a réalisé deux trousse destinées aux intervenants afin de promouvoir l'éducation sexuelle auprès des jeunes. Les trousse intitulées **Educa-truc 0-12 ans** et **Educa-truc 12-18 ans** comprennent un boîtier, des fiches qui décrivent chacune un outil et le mode d'utilisation. On peut se les procurer au coût de 20,00 \$ en contactant le R.I.P.S au 281, rue Roy est, Montréal (Québec), H2W 1M7. Pour plus d'information, contacter Johanne Lalande au (514) 499-9602 ou par télécopieur (514) 978-2100

### **Projets réalisés**

**La tournée dans le milieu**, projet du CLSC Lamater en collaboration avec le Centre Jeunesse de Terrebonne. Éducation face aux MTS. Pour information, contacter Monique Côté, infirmière et sexologue au (514) 471-2252. On peut obtenir une copie du rapport du projet au CLSC Lamater en s'adressant à Michèle Côté-Leclerc, au (514) 471-2881.

Un projet financé par la compagnie Tampax, donné au Québec par Marie-Claire Richer.

Une pièce de théâtre sur la violence, organisée par le Centre avec des Elles qui fut présentée dans une école de St-Gabriel-de-Brandon.

**Le Ruban en route**, une présentation interactive donnée par une personne porteuse du VIH. Pour information, s'adresser à François Blais à la Fondation Sarha, 7080, Ave. du Parc, Montréal, H3N 1X6. Tél.: (514) 270-4900.

**Programme OLO (oeuf, lait, orange)** pour les familles et les mères à faible revenu.

**Bébé farine**, programme de prévention des grossesses à l'adolescence. Ce projet inspiré d'un programme américain s'est déroulé dans la région de Lanaudière, à l'école Félix-Leclerc à Repentigny, ainsi que dans la région de Montréal, à la Polyvalente de Pointe-aux-Trembles et à l'école Mgr Richard de Verdun. Pour plus d'information, s'adresser à Andréanne Beaudry, téléc.: (514) 654-1560 ou à Francine Bourassa, tél.: (514) 765-7666.

**Lumière sur l'amour**, concours de conception d'un dépliant portant sur la protection face aux MTS, réalisé dans les établissements de niveau collégial.

Projet de l'hôpital Ste-Justine en prévention des grossesses à l'adolescence.

Projet *Jamais l'un sans l'autre* avec la participation de pharmaciens (promotion du tandem . condom-pilule)



### ANNEXE 3

## LES MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT (MTS/SIDA) ET LEUR IMPACT SUR LA VIE REPRODUCTIVE DES FEMMES<sup>1</sup>

### L'ampleur des MTS

On peut difficilement évaluer l'ampleur des MTS et de l'infection au VIH, compte tenu des moyens de surveillance disponibles présentement au Québec. Certaines MTS ne sont pas à déclaration obligatoire, comme les condylomes ou l'herpès et même lorsqu'elles le sont, une certaine proportion n'est pas déclarée par les médecins traitants. Finalement, les personnes qui souffrent de MTS ne subissent pas toujours les examens de laboratoire, particulièrement dans les régions rurales où le recours au laboratoire est difficile. Néanmoins, les MTS, de par leur nature contagieuse et asymptomatique, demeurent un important problème de santé publique (Martin, 1994).

Au Québec, le nombre de personnes atteintes de MTS est estimé à plus de 300 000 cas par an : un Québécois sur 20 serait atteint d'une MTS. Les jeunes sont les plus touchés par les MTS. Chez les femmes, c'est le groupe d'âge des 15-19 qui est le plus affecté tandis que chez les hommes, c'est celui des 20-24 ans (MSSS, 1992).

L'incidence de la chlamydie semble diminuer légèrement au Québec mais demeure tout de même importante, particulièrement chez les femmes de 15 à 19 ans. L'incidence de l'herpès et des condylomes est très peu connue, mais le nombre de porteurs est probablement très important, particulièrement pour les condylomes. Quant à l'hépatite B, même si elle est moins répandue que la chlamydie ou les condylomes, elle semble en progression constante (Martin, 1994).

L'infection au VIH et le sida, après avoir touché particulièrement la communauté homosexuelle et les utilisateurs de drogues intraveineuses, voient une progression de cas chez la population hétérosexuelle<sup>2</sup>. Chez les adolescents, les plus à risque d'être exposés au VIH sont les jeunes en difficulté, mais les données ou les estimations concernant la population adolescente sont rares. Néanmoins, des études américaines laissent croire que la séroprévalence de l'infection au VIH deviendra pandémique chez les jeunes dans les prochaines années, particulièrement chez les filles. De plus, le nombre de cas déclarés au Québec chez les 20-29 ans - 19,3% du nombre total - laisse supposer qu'une partie de ces individus ont contracté l'infection pendant leur adolescence, la période d'incubation étant estimée entre 10,6 et 13 ans (Otis, 1994).

La gonorrhée et la syphilis semblent en régression. Par contre un phénomène épidémiologique nouveau comme la résistance aux antibiotiques pourrait être le présage d'une recrudescence (Martin, 1994).

<sup>1</sup> Cette courte synthèse a été réalisée principalement à partir du document La politique de la santé et du bien-être : Objectif # 13. Les maladies transmises sexuellement et le sida, M. Martin, 1994.

<sup>2</sup> On soupçonne que l'herpès génital et la chlamydie pourraient agir comme cofacteur dans la transmission hétérosexuelle du VIH (Martin, 1994).

## **Conséquences des MTS sur la vie reproductive des femmes**

La chlamydie peut entraîner des conséquences très graves chez la femme : douleurs pelviennes chroniques, salpingites, atteintes inflammatoires pelviennes, grossesses ectopiques, infertilité, hospitalisations fréquentes ainsi que diverses conséquences psychologiques (MSSS, 1995).

Les condylomes, appelés aussi verrues génitales (infection à VPH), seraient avec la chlamydie les MTS les plus répandues. Leur importance vient de ce que des études ont pu démontrer clairement une association entre le virus causant les condylomes et les lésions cancéreuses et pré-cancéreuses des organes génitaux chez l'homme et chez la femme (Holmes et al., 1990). Toutefois, l'infection par le VPH est mal connue. Les données sur l'incidence, la prévalence et l'histoire naturelle de la maladie sont peu disponibles. L'évolution vers la guérison, la latence, la réactivation ou l'infection inapparente sont imprévisibles (Koustsky, L., 1988; Morrison, E., 1994).

Pendant la grossesse, les MTS constituent aussi un risque pour la mère, le fœtus et le nouveau-né. L'infection génitale à chlamydia augmente le risque d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes et d'avortement spontané (Morisset et Pechère, 1990). Cette infection peut aussi être transmise au nouveau-né lors de l'accouchement et causer des conjonctivites et des pneumonies (Martin, 1994).

L'importance de l'herpès génital (infection à VHS) vient de sa constante progression depuis le milieu des années 60 et du danger de la transmission d'une mère infectée au nouveau-né, pour qui la maladie peut être fatale ou laisser des séquelles importantes (Steben et al., 1994).

La gonorrhée, bien que le nombre de cas déclarés soit en chute libre au Québec depuis 1984, peut entraîner une conjonctivite chez le nouveau-né (Martin, 1994).

La syphilis chez une mère infectée et non traitée peut être transmise au fœtus durant la grossesse. La syphilis congénitale entraîne des problèmes importants chez le nouveau-né. Tous les organes peuvent être touchés et souvent, la maladie entraîne la mort (Steben, Turgeon et al., 1994).

L'hépatite B peut se transmettre aux enfants de mères porteuses. Ceux-ci, dans 90% des cas, deviendront des porteurs chroniques de la maladie (Sherlock, 1987).

Quant à l'infection au VIH, une femme contaminée, avant ou pendant la grossesse, a de 30 à 50% de risque de transmettre le virus à son enfant (Friedland et al., 1990).

**NOTES :**

K 12,591

E-1463

Ex.2

Delagrave, France

RRSSS de Lanaudière - DSP

~~Eléments de réflexion pour un plan  
d'action sur la planification des  
naissances et la prévention des  
grossesses et des MTS à l'adolescence~~

K 12,591

Ex.2



RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
LANAUDIÈRE

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE