

**Guide d'animation
du programme
de formation
«Parents d'accueil
et prévention des
MTS et du VIH-SIDA
chez les adolescentes
et les adolescents
à risque»**

WC
144
C334
1996

INSPO - Montréal



3 5567 00003 2240

Québec 

SANTÉCOM

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, Bureau 200
Montréal (Québec) H2A 3B8
Tél.: (514) 393-2222

**Guide d'animation
du programme
de formation
«Parents d'accueil
et prévention des
MTS et du VIH-SIDA
chez les adolescentes
et les adolescents
à risque»**



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et du Bien-être



Les Centres jeunesse
de Québec

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1996
ISBN : 2-550-30136-6

Remerciements

L'idée du présent programme est venue du coeur et de l'âme de NICOLE GAGNÉ, travailleuse sociale au secteur ressources des Centres jeunesse de Québec. Elle souhaitait que « ses familles d'accueil » puissent bénéficier, en matière de prévention des MTS / VIH-sida auprès des jeunes en difficulté, de l'expertise de ses collègues CÉLINE et RACHEL (infirmières), JOSÉE (éducatrice) et PIERRETTE (intervenante au secteur adoption).

L'idée a germé et a produit le résultat présenté ici. Comment rendre abordable un sujet difficile, sinon en l'entourant d'amour, c'est-à-dire en le présentant dans le cadre des relations affectives des jeunes ? N'y a-t-il pas meilleure courroie de transmission auprès des jeunes que des parents qui les aiment, en l'occurrence pour le présent programme, des parents d'accueil ?

Dans un tel contexte, c'est une tâche agréable que de remercier :

- Les parents d'accueil qui ont accepté de participer au projet expérimental.
- Les intervenantes qui ont participé à la conception du programme et qui l'ont implanté : NICOLE, CÉLINE, JOSÉE, PIERRETTE, RACHEL.
- Les intervenants et intervenantes du service des ressources qui ont recruté les parents d'accueil.
- Le chef du service des ressources, RICHARD CÔTÉ, qui a appuyé le projet et l'a porté jusqu'à l'Association des Centres jeunesse du Québec.
- GERMAIN TROTTIER, professeur à l'École de service social de l'Université Laval, qui a dirigé le processus d'évaluation.
- Le comité d'orientation sous la responsabilité de PIERRETTE FORTIER.
- L'Association régionale des familles d'accueil et sa déléguée, RINA CARON.

- GHISLAINE CHAGNON, agente de recherche qui, à partir de multiples données et avis, a su tirer une ligne d'écriture souple, simple et rigoureuse.
- Le comité de lecture dont les membres, malgré leurs occupations nombreuses, ont fait leur tâche bénévolement : ISABELLE CÔTÉ (travailleuse sociale), MARIE DROLET (professeure au département de service social de l'Université d'Ottawa), MICHEL MORISSETTE (médecin au Centre hospitalier universitaire de Québec).
- La Régie régionale de la santé et des services sociaux 03 pour son appui financier, ANDRÉE BOUCHARD et MICHELINE GAGNÉ pour leur collaboration.
- Le Centre québécois de coordination sur le sida, NICOLE MAROIS, RICHARD CLOUTIER, MICHELLE ROMPRÉ pour leur appui et leurs conseils et SYLVIE VENNE, auteure du texte sur les mesures d'hygiène universelles.
- La directrice de la recherche et de l'enseignement, LISE BERNIER, pour son encouragement et pour le support de sa direction à la réalisation du projet et DENISE SIMARD, secrétaire de direction pour sa collaboration.
- Le comité de direction des Centres jeunesse de Québec, particulièrement la directrice et les directeurs des trois campus : LUCETTE COULOMBE, DANIEL CÔTÉ, CLAUDE DUBÉ de même que le directeur général-adjoint, PIERRE ROY, qui ont libéré une intervenante de leur personnel pour la réalisation du programme.
- ISABELLE LAFLEUR (étudiante au doctorat à l'École de service social de l'Université Laval) qui s'est chargée d'obtenir les autorisations requises pour l'utilisation de certains textes en annexe et a révisé la version finale du document.
- LUCILLE GRONDIN pour la mise en page et l'édition du texte réalisées de façon magistrale.

MARIE BERLINGUET, conseillère cadre
Direction de la recherche et de l'enseignement
Les Centres jeunesse de Québec

Générique

CONCEPTION DU PROGRAMME DE FORMATION

**Pierrette Beaupré
Céline Brochu
Josée Brousseau
Nicole Gagné
Rachel Lavigneur**

SUPERVISION

**Marie Berlinguet
Germain Trottier**

COORDINATION ET RÉDACTION DU GUIDE D'ANIMATION

Ghislaine Chagnon

COMITÉ DE LECTURE

**Isabelle Côté
Marie Drolet
Michel Morissette**

SECRÉTARIAT

Lucille Grondin

REMARQUE Nous remercions les auteurs pour leur autorisation à reproduire leurs textes.

Avant-propos

Les Centres jeunesse de Québec (CJQ), regroupement d'établissements voués à la protection et à la réadaptation de la jeunesse, vous présentent cinq intervenantes qui se sont réunies autour d'un objectif commun : élaborer puis dispenser un programme de formation destiné aux parents d'accueil, en vue de prévenir les MTS et le VIH-sida chez les jeunes vivant en placement. Voici cinq visions d'une expérience commune.

Il nous a semblé que leurs témoignages vous procureraient un avant-goût stimulant en guise d'avant-propos au présent guide d'animation du programme. La présentation des témoignages respecte l'ordre alphabétique des auteures.

PIERRETTE BEAUPRÉ, agente de relations humaines

CJQ — Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse — « Service Adoption • Post-Adoption »
Téléphone : 418-529-7351

J'ai surtout participé à la première et à la dernière rencontre en tant que coanimatrice.

« La jeunesse est notre bien le plus précieux ». Je suis heureuse d'avoir contribué concrètement à l'élaboration de ce programme visant à sauvegarder cette richesse. Donner à nos parents d'accueil des outils concrets pour les aider à parler à leurs jeunes, les entendre s'exprimer, les voir réagir, a été pour moi une expérience enrichissante et agréable. Autant en tant que professionnelle que parent, j'ai appris moi aussi.

Nos jeunes ont besoin de se sentir compris et non jugés ; c'est ce qu'on vise par ce programme sur les MTS / VIH-sida. On pourrait souhaiter qu'il soit offert à tout parent.

CÉLINE BROCHU, infirmière — responsable Service Santé

CJQ — Centre Jeunesse de Tilly
Téléphone : 418-683-1557

A agi à titre de coanimatrice (module 1), personne-ressource (module 2) et observatrice (modules 3 et 4).

C'est une expérience extrêmement enrichissante qu'il m'a été donné de vivre. Une équipe compétente et enthousiaste, des parents qui ont soif d'apprendre, on a là tout ce qu'il faut pour faire un heureux apprentissage.

Personnellement, je m'étais donnée comme objectif d'amener les parents à prendre conscience que trop souvent la faculté de s'emballer, la joie, la curiosité, le sens de l'exploration, l'exubérance, le courage, l'imagination, la témérité parfois, sont considérés comme des traits de caractère puérils qui doivent disparaître au fur et à mesure que nous devenons des adultes rationnels et mûrs. Mais en amour, sommes-nous toujours rationnels ?

JOSÉE BROUSSEAU, éducatrice

CJQ — Centre d'accueil l'Escale

Téléphone : 418-653-5241, poste 133

A agi à titre de personne-ressources (modules 2, 3 et 4).

Décrire un vécu de deux ans en quelques lignes n'est pas facile, je peux toutefois résumer ma satisfaction en signifiant sans crainte que je recommencerais sans aucune hésitation. Je retiens plus particulièrement la confiance mutuelle et le respect que nous avons rapidement développés entre nous malgré le fait que nous nous connaissions peu ou aucunement avant de se retrouver autour de ce projet, ainsi que la capacité que nous avons eue à utiliser l'expérience et l'expertise de chacun selon son champ d'activités et ce, en dépassant le tirailage actuel des professions. Tant dans la conception du programme que dans la mise en application de ce dernier, je demeure avec la satisfaction d'avoir travaillé en coopération et je suis assurée que cette situation fut la clef de notre réussite. Merci à une équipe de travail qui m'a permis de me dépasser, car je dois dire qu'en tant qu'éducatrice habituée à faire de la prévention auprès d'adolescentes, j'appréhendais ce défi de bâtir, en si peu de temps, un projet pour les adultes même si celui-ci concernait les adolescents et adolescentes. Les heures de travail et de recherche que j'ai mises à construire certaines parties du programme furent peu en raison de la gratification que je retire de son accomplissement et de la satisfaction exprimée par les parents d'accueil. L'intérêt et les commentaires de ceux-ci m'ont confirmé l'importance de leur contribution pour aider l'adolescent et l'adolescente à apprendre à vivre sainement sa sexualité. Enfin, je souhaite à tout intervenant de pouvoir vivre cette expérience de façon aussi satisfaisante et avec une équipe interdisciplinaire aussi respectueuse des différences.

NICOLE GAGNÉ, travailleuse sociale

CJQ — Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse Québec — Service ressources à l'enfance

Téléphone : 418-529-7351

Au moment où naissait l'idée d'offrir aux familles d'accueil des rencontres de groupe sous le thème : « Les ados et la prévention des MTS / VIH-sida », je ne pensais pas que ce projet prendrait un tel envol. Mon intérêt pour le sujet et mon expérience de travailleuse sociale en groupe auprès des familles d'accueil ont stimulé mon engagement.

La conception et la réalisation conjointes de ce projet furent des expériences très enrichissantes pour moi tant du point de vue professionnel que personnel. À titre d'animatrice des rencontres, j'étais soucieuse de favoriser, de soutenir et de respecter le cheminement de chaque participant. J'ai côtoyé des personnes-ressources compétentes et des parents d'accueil désireux d'augmenter leurs connaissances et leurs habiletés tout en acceptant de rencontrer leurs peurs, leurs résistances et leurs questionnements.

Les nombreux commentaires positifs des familles d'accueil qui ont participé à ce projet-pilote sont des invitations à répéter l'expérience.

Et c'est avec enthousiasme que je me retrouverai sur la ligne de départ !

RACHEL LAVIGUEUR, infirmière et chef des services de santé et d'assistance

CJQ — Mont d'Youville

Téléphone : 418-661-6951, poste 125

A agi à titre de personne-ressource (modules 3 et 4) et d'observatrice (modules 2 et 5).

A élaboré la pochette de documentation.

Faisant partie du comité aviseur MTS / VIH-sida, quand l'idée nous est venue de donner de la formation à nos familles d'accueil, j'ai été tout de suite emballée. Mon expérience de formation de groupe était surtout avec des jeunes. Pour moi, c'était un nouveau défi que de faire de la formation à des adultes. Je pense qu'une grande partie du succès de cette formation a été le respect mutuel et la chimie qui s'est opérée dans notre groupe de travail. Merci à NICOLE, CÉLINE, JOSÉE et PIERRETTE. Madame MARIE BERLINGUET était notre « conscience » et a su nous guider dans cette grande aventure.

Nous avons de même invité une famille d'accueil, en provenance de chacune des trois régions rejointes par le projet initial, à vous faire part de leur expérience suite à la formation poursuivie.

GÉRARD CARON, famille d'accueil
Ancienne-Lorette

Les rencontres que nous avons eues (familles d'accueil et intervenantes) m'ont permis de mieux connaître les MTS. Parmi les jeunes que j'ai gardés jusqu'à ce jour, il y en avait un qui ne voulait pas utiliser les méthodes de prévention tandis que l'autre de dix-sept ans les utilisait mais n'était pas intéressé à lire sur le sujet. Ces rencontres sont très très utiles pour les familles d'accueil, ça nous permet de mieux nous situer dans le contexte de notre propre vie ainsi que de la vie des jeunes adolescents que nous gardons.

LUCIE PLAMONDON, famille d'accueil
Pont-Rouge

Je vous écris pour vous faire part de mes commentaires sur le cours de formation « Prévention des MTS / VIH-sida auprès des adolescents », que j'ai suivi en mars 1995.

Ce cours m'a appris beaucoup sur les maladies transmises sexuellement. Il y a beaucoup de choses que je ne savais pas. Mes ados ont aussi appris beaucoup grâce à la documentation que je rapportais à la maison.

En discutant avec eux, je me suis rendue compte qu'ils n'étaient pas aussi informés que je le croyais. Je suis maintenant capable, grâce à vous, de discuter sexualité avec eux plus facilement car je suis mieux informée et donc plus brave !

Je vous remercie d'avoir mis ce projet sur pied et j'espère que beaucoup de familles pourront en profiter. Merci à toutes les intervenantes. Grâce à vous toutes, ce cours a été très intéressant. Vous nous avez fourni des réponses à nos questions. Lorsque vous n'aviez pas les réponses, vous nous les donniez le cours suivant. Merci de votre dévouement.

MICHÈLE BRADET et RÉJEAN SIMARD, famille d'accueil
Baie-St-Paul

Nous avons aimé les rencontres que nous avons eues sur les MTS / VIH-sida, cela était très intéressant. Nous avons appris beaucoup. Nous sommes convaincus que cela va sûrement nous aider.

Cela devient plus facile pour en discuter avec nos jeunes, car les MTS et le VIH-sida ne sont pas des sujets faciles à aborder. Les rencontres nous ont permis d'apprendre beaucoup de choses sur ces maladies.

Apprendre à dialoguer sur les comportements et ne pas paniquer si un de nos jeunes est atteint de MTS ou de VIH-sida. Nous avons pris conscience que même aujourd'hui, si nos jeunes pensent en savoir beaucoup, ce n'est pas aussi sûr que ça. Ne pas avoir peur d'en parler sans pour cela devenir hystérique.

Nous nous considérons chanceux d'avoir pu suivre ces rencontres. C'est dommage que des parents ne puissent pas en faire autant.

Nous avons une équipe d'intervenantes et d'infirmières super compétentes : merci d'avoir rendu ces rencontres aussi agréables et surtout de nous avoir mis à l'aise tout au long des discussions.

Table des matières

	Page
REMERCIEMENTS	iii
GÉNÉRIQUE	v
AVANT-PROPOS	vi
TABLE DES MATIÈRES	xi
INTRODUCTION	1
– À qui s'adresse le guide d'animation	1
– Petite histoire du programme	1
– Comment se servir du guide d'animation ?	2
– But du programme	2
– Objectifs poursuivis	3
– Préalables à la démarche pédagogique	3
1. Une approche de groupe	3
2. La formule de coanimation privilégiée	4
3. La formule pédagogique	5
4. Une pochette de documentation	5
5. L'évaluation de l'atteinte des objectifs	6
FICHE TECHNIQUE — MODULE 1	7
Thème : On fait connaissance et on se rappelle	
DÉROULEMENT DE LA RENCONTRE	8
1. Accueil : mot de bienvenue et remerciements	8
2. Passation du test de connaissances	8
3. Présentation de la pertinence du programme	8
4. Présentation de la programmation	9
5. Présentation : parents d'accueil et attentes	10
6. Visionnement d'un vidéo	10
7. Discussion suite au visionnement	11
8. Fermeture de la rencontre	12

Page

Annexe 1 — Module 1	13
Test portant sur les connaissances relatives aux MTS et au VIH-sida	
Annexe 1A — Module 1	14
Corrigé du test portant sur les connaissances relatives aux MTS et au VIH-sida	
Annexe 2 — Module 1	15
Pochette de documentation à remettre aux parents d'accueil : brochures et documents pertinents suggérés	
FICHE TECHNIQUE — MODULE 2	17
Thème : La vie amoureuse des jeunes	
DÉROULEMENT DE LA RENCONTRE	18
1. Accueil	18
2. Activité : jeu de « pige »	19
3. Présentation : caractéristiques de l'adolescence	19
4. Présentation : la vie amoureuse des jeunes	19
5. Visionnement d'un vidéo	19
6. Discussion suite au visionnement	20
7. Présentation : la vie amoureuse des jeunes en difficulté	21
8. Fermeture de la rencontre	22
TEXTES DE BASE POUR LA RENCONTRE	
Principales caractéristiques de l'adolescence	24
La vie amoureuse des jeunes	28
La vie amoureuse des jeunes en difficulté	31
Annexé 1 — Module 2	35
Énoncés pour le jeu de « pige »	
Annexe 2 — Module 2	39
Paroles de la chanson « Apprendre à faire l'amour »	
Annexe 3 — Module 2	40
Adolescence et sexualité	

	Page
FICHE TECHNIQUE — MODULE 3	50
Thème : Les MTS/VIH-sida : — Les connaissances	
DÉROULEMENT DE LA RENCONTRE	51
1. Accueil	51
2. Présentation : les jeunes vulnérables face aux MTS	51
3. Présentation : les MTS à bactéries et à virus	51
4. Jeu de bingo S.O.S. / MTS	51
5. Présentation : les MTS causées par des bactéries	53
6. Présentation : les MTS causées par des virus	54
7. Visionnement d'un vidéo	54
8. Discussion suite au visionnement	55
9. Fermeture de la rencontre	55
TEXTES DE BASE POUR LA RENCONTRE	
Les jeunes vulnérables face aux MTS	57
Les MTS à bactéries et à virus	59
Les MTS causées par des bactéries	61
Les MTS causées par des virus	66
Une façon de vivre : des précautions d'hygiène partout... tous les jours... !	74
Annexe 1 — Module 3	80
Comment se procurer le jeu de bingo S.O.S.—M.T.S.	
Jeu éducatif et préventif (1992)	
Annexe 2 — Module 3	81
Mieux connaître les MTS	
Annexe 3 — Module 3	83
Les mesures d'hygiène de base et de précaution	
FICHE TECHNIQUE — MODULE 4	84
Thème : Les MTS/VIH-sida — Les moyens de prévention	
DÉROULEMENT DE LA RENCONTRE	85
1. Accueil	85
2. Présentation : impacts du fait que les MTS soient généralement asymptomatiques	85
3. Présentation : parler de sexualité préventive avec les adolescents	86

	<i>Page</i>
4. Exercice de mise en situation	86
5. Présentation : pratiques sexuelles et risques de contracter une MTS ou le VIH-sida	88
6. Présentation : les facteurs additionnels de risques	88
7. Présentation : à propos du condom et des jeunes	90
8. Visionnement d'un vidéo	90
9. Discussion suite au visionnement	91
10. Activité : démonstration de l'utilisation d'un condom	91
11. Remise de la documentation et suggestion d'exercices à accomplir	92
12. Fermeture de la rencontre	94
 TEXTES DE BASE POUR LA RENCONTRE	
Parler de sexualité préventive avec les adolescents	95
À propos du condom et des jeunes	98
Annexe 1 — Module 4	102
La consultation médicale pour une MTS	
Annexe 2 — Module 4	108
La sexualité et le risque	
Annexe 3 — Module 4	109
Résumé d'information : le « safe-sex » ou la sexualité à moindre risque	
Annexe 4 — Module 4	112
Facteurs additionnels de risque	
Annexe 5 — Module 4	114
Utilisation de drogues par injection et risques de transmission des MTS et du VIH-sida	
Annexe 6 — Module 4	118
Faits saillants d'une étude récente chez les adolescents et adolescentes qui s'injectent des drogues	
Annexe 7 — Module 4	119
Différents textes sur le condom	
Annexe 8 — Module 4	134
Exercices	

	<i>Page</i>
FICHE TECHNIQUE — MODULE 5	136
Thème : La parole est à vous	
DÉROULEMENT DE LA RENCONTRE	137
1. Accueil	137
2. Seconde passation du test de connaissances	137
3. Retour sur l'exercice suggéré à la rencontre précédente	138
4. Évaluation écrite portant sur l'ensemble de la formation	139
5. Partage à propos de l'expérience de formation	140
6. Fermeture de la rencontre	141
Annexe 1 — Module 5	143
Proportion de jeunes ayant répondu correctement à chacun des douze énoncés sondant les connaissances (Québec, 1991)	
Annexe 2 — Module 5	144
Formulaire d'évaluation du programme « Parents d'accueil et prévention des MTS / VIH-sida chez les adolescents »	
Annexe 3 — Module 5	147
Dossier de presse	
Annexe 4 — Module 5	160
Références à l'intention des parents d'accueil	
RELANCE	169
FICHE TECHNIQUE	170
DÉROULEMENT DE LA RENCONTRE	171
1. Accueil	171
2. Activité : échanges sur les retombées de la session	171
3. Visionnement d'un vidéo	171
4. Discussion suite au visionnement	172
5. Commentaires, questions et suggestions	172
6. Mise à jour de la documentation	172
7. Fermeture de la rencontre	173
ANNEXE COMPLÉMENTAIRE	I

Introduction

▶ À qui s'adresse le guide d'animation ?

Ce guide d'animation est destiné à l'usage de ceux et celles, des professionnels des milieux des services sociaux et de santé, qui désirent dispenser le programme de formation intitulé « *Parents d'accueil et prévention des MTS et du VIH-sida chez les adolescents à risque* ».

▶ Petite histoire du programme

Ce programme de formation a été élaboré, expérimenté et évalué par les Centres jeunesse de Québec au cours des années 1994 et 1995, grâce à une subvention de la direction de la Santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région de Québec. Une équipe multidisciplinaire d'intervenantes, oeuvrant auprès des familles d'accueil ou des jeunes garçons et filles placés en centre de réadaptation, a contribué à cette réalisation.

Trois sessions de formation ont été offertes dans les régions de Québec, de Portneuf et de Charlevoix. Une quarantaine de parents d'accueil ont ainsi été rejoints.

Le projet a été considéré un succès selon les moyens mis en oeuvre pour l'évaluer. L'expérience a conduit par la suite à la réalisation du présent guide d'animation à l'intention des formateurs et des formatrices. Le guide permet de rejoindre dorénavant les parents d'accueil des diverses régions du Québec.

Nous invitons les lecteurs et les lectrices plus particulièrement intéressés, soit au contexte de l'élaboration ou de l'expérimentation du programme ou à son évaluation, à consulter le rapport

d'évaluation du programme d'intervention, disponible auprès du Centre de documentation des Centres jeunesse de Québec ¹.

Comment se servir du guide d'animation ?

Le contenu et l'organisation du guide traduisent fidèlement la démarche d'animation du programme.

L'introduction présente les prérequis au programme de formation. Par la suite, les cinq modules de formation correspondent aux cinq rencontres hebdomadaires prévues au programme. L'activité RELANCE termine le programme.

L'organisation de tous les modules est identique. On retrouve en première page : le thème et les objectifs spécifiques de la rencontre, les activités pédagogiques, les ressources humaines et matérielles requises. La première page constitue la fiche technique de la rencontre.

Les indications nécessaires au déroulement de la rencontre sont apportées par la suite. Des textes supports, des annexes et/ou une bibliographie complètent chaque module.

But du programme

En considérant que :

- Les jeunes constituent une population particulièrement vulnérable face aux MTS et au VIH-sida et que les jeunes en difficulté d'adaptation sociale démontrent davantage de comportements à risque que les autres adolescents.
- Les jeunes expriment le souhait d'entendre parler des relations amoureuses en prévention des MTS et du VIH-sida.
- Les parents d'accueil sont les adultes ressources les plus en contact direct avec les jeunes en placement, susceptibles de constituer pour les jeunes des modèles d'identification et d'établir avec eux des relations significatives.

¹ BERLINGUET, M. • G. CHAGNON • G. TROTTIER (1995). « Parents d'accueil et prévention des MTS et du VIH-sida ». Rapport d'évaluation du programme d'intervention. Québec : Centres jeunesse de Québec, septembre.

Le programme vise à habilitier les parents d'accueil à assumer un rôle de guides significatifs en matière de prévention des MTS / VIH-sida, auprès des jeunes qui leur sont confiés par les Centres jeunesse. Le programme n'a pas comme but la promotion d'une vie sexuelle active, mais vise plutôt la promotion d'une sexualité responsable et préventive qui respecte l'évolution du jeune.

Objectifs poursuivis

Le programme vise à permettre aux parents d'accueil :

- **D'améliorer leurs connaissances nécessaires pour intervenir adéquatement en matière de prévention des MTS / VIH-sida dans le contexte des relations amoureuses des jeunes en placement (savoir).**
- **D'amorcer une réflexion au sujet d'attitudes favorables à la communication à propos de la vie amoureuse et sexuelle des jeunes (savoir-être).**
- **D'expérimenter des comportements et des stratégies susceptibles de renforcer leurs interventions en sexualité préventive, selon les demandes et les besoins des jeunes (savoir-faire).**

Préalables à la démarche pédagogique

1. Une approche de groupe

Le programme s'adresse à un groupe fermé d'environ dix à quinze participant(e)s. L'objectif de développement des habiletés des parents d'accueil est facilité par le support du groupe. Le groupe offre un lieu sécurisant de familiarisation et d'expérimentation : la réflexion, la prise de parole, l'écoute et les échanges permettent aux parents d'accueil de s'initier à ce rôle d'agents multiplicateurs auprès des jeunes en matière de prévention des MTS / VIH-sida.

La motivation et l'implication des parents d'accueil constituent des conditions essentielles pour l'atteinte des objectifs poursuivis par le programme.

2. La formule de coanimation privilégiée

Le programme a expérimenté et prévoit une coanimation souple et semblable d'une rencontre à l'autre. Cette coanimation s'exerce grâce à la présence d'une animatrice régulière et d'une personne-ressource en fonction des thèmes développés. La coanimation au cours de l'expérimentation ayant été réalisée par des femmes, nous avons retenu l'emploi du terme « animatrice » dans le présent guide. L'expérimentation des trois groupes de formation initiaux nous incite à recommander fortement que l'animation régulière des rencontres soit confiée à quelqu'un qui possède une bonne connaissance des réalités propres aux familles d'accueil, et préféablement à une personne qui possède une expérience d'intervention auprès de ces familles.

L'animation régulière des rencontres est assumée par une même intervenante, la présence et le rôle de l'animatrice constituant un élément constant tout au long de la session. Son rôle principal consiste à stimuler l'intérêt et à s'assurer du bien-être des parents d'accueil, tout en favorisant le développement d'un climat de groupe supportant.

Au cours d'une rencontre, l'animatrice procède à l'ouverture et présente le déroulement prévu, voit au respect de l'horaire, procède aux enchaînements, anime ou coanime les discussions selon les cas et procède à la fermeture. D'une rencontre à l'autre, elle établit les liens pertinents et assure le suivi nécessaire.

Le rôle d'une personne-ressource consiste à dispenser les volets de formation se rapportant au thème d'une rencontre. Selon les modules, les volets de formation sont à contenu psychosocial ou biomédical.

Le déroulement des modules de formation présenté par la suite trace les grandes lignes d'une coanimation partagée par l'animatrice régulière et une des personnes-ressources impliquées. Il appartiendra à chaque tandem d'animatrice et de personne-ressource de bonifier cette formule de coanimation de façon personnelle et originale.

Les parents d'accueil qui ont participé aux trois premiers groupes de formation ont clairement exprimé leur satisfaction par rapport à l'animation des rencontres. La compétence, l'ouverture et la disponibilité des intervenantes ont fortement contribué à la satisfaction générale des parents d'accueil.

face au programme. **La formule de coanimation s'avère donc un élément essentiel de la programmation.**

L'animation des groupes pour l'expérimentation du programme a été réalisée par des intervenantes et a rejoint deux fois plus de mères que de pères de familles d'accueil. La reprise du programme pourrait donner lieu à l'essai d'une formule de tandem homme-femme pour la coanimation afin de tenter de rejoindre davantage de pères. Dans ce cas, les implications et enjeux possibles de cette formule d'animation pourraient être estimés en sollicitant le point de vue des animateurs et celui des participants concernant cet aspect particulier, autant au cours du déroulement de la formation qu'à la fin de celle-ci.

3. *La formule pédagogique*

Le programme offre aux parents d'accueil des activités d'apprentissage variées. Les exposés présentés par une personne-ressource, les exercices individuels ou en groupe, le visionnement de vidéos, se prolongent par des périodes de questions, d'échanges et de commentaires et offrent des occasions privilégiées d'appropriation et d'expérimentation entre pairs.

L'aspect successif et non interchangeable des cinq modules du programme est essentiel à la formule pédagogique.

La RELANCE est facultative, mais souhaitable. Elle a comme objectifs de favoriser le maintien des acquis du programme et l'échange entre parents sur leur dialogue avec leurs jeunes, depuis la fin de la session, en regard de la prévention des MTS et du VIH-sida.

4. *Une pochette de documentation*

La documentation remise aux parents d'accueil à titre de support et d'aide-mémoire à la formation, est aussi destinée à l'intention des jeunes qui vivent en familles d'accueil. Ces documents peuvent alimenter des échanges entre les parents d'accueil et les jeunes en placement.

Une liste de documents gratuits et facilement disponibles en matière de prévention des MTS / VIH-sida est présentée au premier module de la formation. Cette documentation de base peut être enrichie au gré des besoins et des circonstances.

5. *L'évaluation de l'atteinte des objectifs*

À la fiche technique de chacun des modules de formation, des indices sont suggérés à l'attention de l'animatrice et de la personne-ressource afin de faciliter leur estimation de l'atteinte des objectifs spécifiques de la rencontre. L'évaluation verbale d'une rencontre de la part des parents d'accueil fait partie intégrante de la fermeture d'un module de formation. De plus, des sujets sont suggérés afin de guider l'évaluation conjointe de l'animatrice et de la personne-ressource suite à chaque rencontre.

L'amélioration des connaissances des parents d'accueil suite à la formation est abordée à l'aide d'un questionnaire soumis au début et à la fin de la formation (module 1 – annexes 1, 1a – pp. 13-14). Également, par le biais d'un formulaire d'évaluation (module 5 – annexe 2 – pp. 144-146), les parents d'accueil produisent à la dernière rencontre une appréciation de différents aspects de la formation.

❏ Fiche technique — Module 1

Durée : 3 heures

Thème : **On fait connaissance et on se rappelle**

Objectifs spécifiques

1. Permettre aux parents d'accueil de faire le point sur l'état de leurs connaissances en matière de MTS / VIH-sida.
2. Présenter le programme de formation.
3. Inviter les parents d'accueil à se présenter et à exprimer leurs attentes.
4. Amener les parents d'accueil à procéder à un retour à leur adolescence et à rechercher des ressemblances / différences avec l'adolescence d'aujourd'hui (vie affective, amoureuse, sexuelle, etc.).

Activités pédagogiques

1. Accueil.
2. Passation du test de connaissances.
3. Présentation : pertinence du programme.
4. Présentation : programmation.
5. Présentation : parents d'accueil et attentes.
6. Visionnement d'un vidéo.
7. Discussion semi-dirigée.
8. Fermeture de la rencontre.

Matériel requis

- Questionnaires de connaissances.
- Vidéo : « Il vous reste une demi-heure », téléviseur, magnétoscope.
- Pochette de documentation.

Indices pour l'évaluation

- Participation des parents d'accueil : verbalisations, questions, échanges et interactions.

Ressources humaines

- L'animatrice de la rencontre (et de toute la session).
- Une co-animatrice (une des personnes-ressources de la session).
- Autres personnes-ressources de la session, si possible.

Mots — Outils

➤ ACCUEIL

➤ ÉTAT DES CONNAISSANCES

➤ SOUVENIRS DE JEUNESSE

➤ OUVERTURE AUX JEUNES

Déroulement de la rencontre

1. Accueil : mot de bienvenue et remerciements

- L'animatrice remercie les parents d'accueil de leur présence qui témoigne de leur intérêt pour les jeunes en placement, particulièrement pour leur vie amoureuse et sexuelle et la question de la prévention des MTS / VIH-sida. Elle rappelle que le programme n'a pas comme but la promotion d'une sexualité active, mais plutôt la promotion d'une sexualité responsable et préventive qui respecte l'évolution du jeune.
-

2. Passation du test de connaissances

- L'animatrice présente l'objectif et le déroulement de l'activité et mentionne qu'à la dernière rencontre, ils auront l'occasion de constater l'amélioration de leurs connaissances en répondant au test à nouveau. Le souci de respecter l'anonymat et les moyens d'y arriver sont présentés. Le test se retrouve à l'annexe 1 (module 1 – p. 13 — le corrigé du test – p. 14).
- L'animatrice présente la personne-ressource.
- La personne-ressource procède, après l'activité, à une correction en groupe des résultats du test. Elle recueille les commentaires. S'il y a lieu, certaines questions des parents sont reportées aux prochaines rencontres. Les copies sont recueillies.

30 minutes

3. Présentation de la pertinence du programme

- L'animatrice rappelle le danger constant que représentent les MTS et le VIH-sida pour la société et tout particulièrement pour les jeunes. Dans l'état actuel des connaissances, la prévention constitue le meilleur moyen de faire face à ces maladies. Comment rejoindre les jeunes placés en familles d'accueil ?
- C'est en réponse à cette question que des intervenantes impliquées auprès de parents d'accueil ou de jeunes en difficulté ont mis sur pied ce programme à l'intention des parents d'accueil.

Devant le succès de la formule et la satisfaction exprimée par une quarantaine de parents d'accueil rejoints par les Centres jeunesse de Québec, la programmation est diffusée et mise à la disposition des autres régions.

4. Présentation de la programmation

- **L'animatrice présente :**
 - Le but et les objectifs du programme.
 - Les cinq modules avec thème et la possibilité d'une relance.
 - Un aperçu du contenu des modules.
 - Tous les renseignements nécessaires au bon déroulement des rencontres, dont :
 - * horaire et lieu prévus,
 - * rôles de l'animatrice et de la personne-ressource (s'il y a lieu),
 - * caractéristiques du contrat qui lie les participants(es) du groupe (groupe fermé, respect de la confidentialité s'appliquant aux jeunes et aux parents, etc.),
 - * politiques de remboursement des frais de transport ou autres, s'il y a lieu.
 - Le fait que la programmation peut comporter des aspects embarrassants, intimidants, choquants même. En matière de sexualité et de prévention auprès des jeunes, les experts soulignent la nécessité d'être concrets en échangeant avec eux.
- L'animatrice précise que le programme n'offre pas de « recettes magiques » toutes faites et ne vise pas à faire des parents des experts ou des techniciens en prévention. Les parents d'accueil possèdent déjà un bagage qui leur permet d'intervenir auprès des jeunes. Le programme leur offre certains outils pour être davantage habilités à intervenir. Les parents naturels sont les premiers responsables de l'éducation de leurs jeunes. Les parents d'accueil peuvent devenir des adultes privilégiés et assumer un rôle d'éducation important en complémentarité avec les autres intervenants impliqués auprès des jeunes.

15 minutes

5. *Présentation : parents d'accueil et attentes*

- Les parents d'accueil sont invités à se présenter au groupe et à exprimer leurs attentes face au programme.
- L'animatrice et la personne-ressource se présentent et expriment leurs attentes.

30 minutes

Pause

15 à 30 minutes

6. *Visionnement d'un vidéo*

- La personne-ressource présente le vidéo et mentionne qu'une discussion suivra.
- Vidéo : *"Il vous reste une demi-heure"* VHS couleur, 28 minutes, 1987.

Réalisation : Les Productions *Ma Chère Pauline Inc.* et *Impatiente Inc.*

Production : MSSS

Distribution : Ministère des communications du Québec

Scénario du vidéo : Le vidéo présente les hauts et les bas de la relation amoureuse entre deux jeunes, CAROLINE et MARCO. Les enjeux différents de la contraception pour CAROLINE et MARCO sont au coeur du scénario et permettent d'aborder entre autres, la communication dans leur couple, la communication avec leurs parents, leurs relations sexuelles, l'importance des amis(es), de même que les stéréotypes sexuels et les MTS.

L'amour, la sexualité et l'incontournable condom sont présentés avec humour et finesse. Le dénouement réaliste de l'impasse vécu par CAROLINE et MARCO stimule la réflexion et le questionnement.

30 minutes

7. Discussion suite au visionnement

- Le guide d'accompagnement pour le vidéo offre des pistes pouvant guider la discussion après le visionnement. Les questions suivantes peuvent susciter les commentaires des parents d'accueil.
- En tant que parents, que pensez-vous des réactions de la mère face aux craintes de CAROLINE ?
- Auriez-vous agi de façon semblable et pourquoi ?
- Que pensez-vous des réactions de CAROLINE : face à sa mère, face à son copain, face à son avenir ?
- Que pensez-vous des réactions de MARCO : lors de la relation sexuelle avec CAROLINE, et suite à cette relation sexuelle ?
- Face à la contraception, les attitudes de CAROLINE et MARCO sont-elles différentes et pourquoi ?
- La situation vécue par CAROLINE et MARCO vous semble-t-elle réaliste ? Pourquoi ?
- La personne-ressource suscite les réflexions des parents d'accueil et les amène à se rappeler de leur adolescence en recherchant des ressemblances et des différences entre la vie affective, amoureuse et sexuelle des adolescent(e)s d'aujourd'hui et celle de leur adolescence. Elle favorise l'implication des parents de façon à les introduire au thème de la prochaine rencontre portant sur la vie amoureuse des jeunes.

30 minutes

8. Fermeture de la rencontre

- La personne-ressource présente la **pochette de documentation** et ses utilisations possibles : outil de référence pour les parents, source d'information pour les jeunes, support à la communication entre parents d'accueil et jeunes en placement. Elle distribue la documentation. L'**annexe 2** (module 1 – pp. 15 et 16) présente une liste de documents gratuits et facilement disponibles (auprès des CLSC, des Directions de santé publique, des ministères concernés, etc.), susceptibles d'être regroupés en une pochette remise aux parents participants.
- L'**animatrice** et la **personne-ressource** suscitent l'évaluation verbale de la rencontre. Elles recherchent le degré de satisfaction et les commentaires des parents concernant : le contenu de la rencontre, l'approche pédagogique, la pertinence du vidéo, etc.
- L'**animatrice** rappelle le thème et les coordonnées de la prochaine rencontre.

15 minutes

Fin de la rencontre

Sujets pour l'évaluation conjointe de l'animatrice et de la personne-ressource suite à la rencontre

- La participation des parents (selon les indices suggérés au schéma de la rencontre).
- La perception de l'atteinte des objectifs de la rencontre.
- La satisfaction face à l'expérience de coanimation.

Annexe 1

Test portant sur les connaissances relatives aux MTS et au VIH-sida

Le test suivant provient de l'Enquête Québécoise sur les facteurs de risque associés au VIH-sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans, publiée en 1992 dans le cadre des enquêtes de Santé Québec.

Consigne au répondant ou à la répondante : répondez par Vrai ou Faux aux énoncés suivants, s'il vous plaît.

	VRAI	FAUX
1. On peut être infecté par le VIH-sida sans avoir de symptômes de la maladie.	☐	☐
2. Lorsqu'on a déjà eu une MTS, on ne peut pas l'attraper de nouveau.	☐	☐
3. On peut guérir du VIH-sida si on se fait soigner très tôt.	☐	☐
4. On peut avoir une MTS sans avoir de symptômes de la maladie.	☐	☐
5. Les pilules contraceptives protègent contre la transmission des MTS.	☐	☐
6. Plus on a de partenaires sexuels, plus on a de risques d'attraper le VIH-sida ou une autre MTS.	☐	☐
7. L'utilisation de condoms diminue les risques de transmission du VIH-sida.	☐	☐
8. Il existe des tests (analyses de sang) qui permettent de dire si quelqu'un a été infecté par le VIH-sida.	☐	☐
9. Les pilules contraceptives protègent contre la transmission du VIH-sida.	☐	☐
10. L'utilisation de condoms diminue les risques de transmission des MTS.	☐	☐
11. Quand on a un nouveau partenaire sexuel, on court des risques de contracter le VIH-sida ou une autre MTS.	☐	☐
12. Une personne qui a contracté le VIH-sida en s'injectant des drogues (se « shootant ») à l'aide de seringues souillées peut le transmettre par voie sexuelle.	☐	☐

Annexe 1 a

Corrigé du test portant sur les connaissances relatives aux MTS et au VIH-sida

1. Vrai
2. Faux
3. Faux
4. Vrai
5. Faux
6. Vrai
7. Vrai
8. Vrai
9. Faux
10. Vrai
11. Vrai
12. Vrai

Annexe 2

Pochette de documentation à remettre aux parents d'accueil : brochures et documents pertinents suggérés

Santé Canada (1994). *Des mots pour le dire... Le sida. Comment en parler à ses enfants.* Disponible au Centre national de documentation sur le sida. Téléphone : (613) 725-3769 ou télécopieur : (613) 725-9826.

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada (1990). *Les femmes et le sida. Option pour les femmes à l'ère du sida.* Disponible au Centre national de documentation. Téléphone : (613) 725-3769 ou télécopieur : (613) 725-9826.

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada (1987). *Sida pour l'amour de la vie ...* Disponible au Centre national de documentation. Téléphone : (613) 725-3769 ou télécopieur : (613) 725-9826.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1995). *Le test de dépistage anonyme du VIH-sida. Y avez-vous déjà pensé ?*

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1994). *MTS — Mieux les connaître pour mieux les éviter....* Disponible dans les CLSC, Direction de santé publique, ministère.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Brochures et dépliants :

« Le sida, ça vous touche de toute façon » (1994)

« J' t'aime, j' capote » (1996)

« Pique ton bon sens » (1995)

« Sécurisexe pour jeunes gais ou bisexuels » (1995)

« Chacun sa seringue » (1995)

Disponible en CLSC, Direction de la santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1993). *L'amour ça se protège.*

Compagnie Ortho. *Mieux comprendre le sida et les autres maladies transmissibles sexuellement.*
Brochure.

Fiche technique — Module 2

Durée : 3 heures

Thème : La vie amoureuse des jeunes

Objectifs spécifiques

Permettre aux parents d'accueil d'améliorer leurs connaissances portant sur :

1. Le développement psychosexuel durant l'enfance et l'adolescence.
2. Les caractéristiques de l'adolescence reliées aux comportements des jeunes en général.
3. Les comportements amoureux et sexuels des jeunes en général, et particulièrement ceux des jeunes en difficulté.
4. L'orientation sexuelle.

Activités pédagogiques

1. Accueil.
2. Activité : jeu de « pige ».
3. Présentation : caractéristiques de l'adolescence.
4. Présentation : la vie amoureuse des jeunes.
5. Visionnement d'un vidéo.
6. Discussion semi-dirigée.
7. Présentation : la vie amoureuse des jeunes en difficulté.
8. Fermeture de la rencontre.

Matériel requis

- Énoncés du jeu de « pige » (annexe 1).
- Tableau.
- Vidéo : « Dans le doute et le désir », téléviseur, magnétoscope.
- Textes à remettre aux parents (annexes 2 et 3).

Indices pour l'évaluation

- Présence des parents d'accueil.
- Verbalisations, pertinence des questions, échanges, interactions.

Ressources humaines

- L'animatrice de la rencontre (et de toute la session).
- Une personne-ressource pour certains volets de la rencontre.

Mots — Outils

- ⇒ ADOLESCENCE : CHANGEMENTS
- ⇒ ESSAIS ERREURS
- ⇒ QUÊTE AFFECTIVE

- ⇒ GRANDES PREMIÈRES
- ⇒ PENSÉE MAGIQUE

Déroulement de la rencontre

1. Accueil

- L'animatrice présente le thème et le contenu de la rencontre après avoir effectué un bref retour sur le contenu du module précédent. Les parents d'accueil sont invités à exprimer leurs commentaires, s'il y a lieu.
-

2. Activité : jeu de « pige »

- Les étapes du développement psychosexuel durant l'enfance et l'adolescence sont inscrites au tableau, soient :
 - La petite enfance (0 – 2 ans).
 - La petite enfance (3 – 5 ans).
 - L'enfance (5 – 7 ans).
 - La puberté (8 – 12 ans).
 - L'adolescence (12 – 15 ans).
 - La maturation biologique (16 – 18 ans).
- La personne-ressource présente les règles du jeu : chaque parent choisit un énoncé au hasard (les énoncés se retrouvent au module 2 – annexe 1 – pp. 35 à 38). Dans un premier temps, chaque parent tente d'associer son énoncé à l'étape du développement psychosexuel à laquelle il semble correspondre le mieux. Par la suite, en groupe, à tour de rôle, les parents lisent leur énoncé et proposent leur solution (réponse).
- La personne-ressource indique la meilleure solution si nécessaire, anime les discussions et clarifie les ambiguïtés qui peuvent apparaître. Il est important que ces étapes de développement soient présentées comme correspondant à un processus général et d'indiquer que le rythme de développement de chaque enfant est unique et tout aussi important.
- Le jeu se termine lorsque tous les énoncés ont été soumis aux parents selon la même procédure. Afin de ne pas consacrer trop de temps à cette activité, il peut être utile de souligner que l'objectif visé n'est pas d'approfondir les différentes étapes, mais de les parcourir.

30 minutes

3. *Présentation : caractéristiques de l'adolescence*

- Mise en situation : la personne-ressource pose une question ouverte aux parents :

« Selon vous, quelles sont les caractéristiques propres à l'adolescence qui peuvent nous aider à comprendre les comportements des jeunes et particulièrement leurs comportements dans leur vie amoureuse et sexuelle ? ».

- Elle inscrit au tableau les éléments de réponse pertinents fournis par les parents. Elle complète l'activité par un bref exposé en s'inspirant du texte intitulé « *Principales caractéristiques de l'adolescence* » (module 2 – page 24). Les exemples, commentaires ou questions des parents peuvent enrichir la présentation.
-

4. *Présentation : la vie amoureuse des jeunes*

- La personne-ressource présente un bref exposé portant sur les comportements amoureux et sexuels des adolescents en s'inspirant du texte « *La vie amoureuse des jeunes* » (module 2 – page 28).
- L'activité se complète par des échanges avec les parents d'accueil.

30 minutes

5. *Visionnement d'un vidéo*

- La personne-ressource présente le vidéo et mentionne qu'une discussion suivra.
- Vidéo : « *Dans le doute et le désir* » VHS couleur, 23 minutes, 1993.

Réalisation : ALAIN JACQUES

Production : Télé-Concept Montréal Inc.

Distribution : MARTIN ROY

Scénario du vidéo : MÉLANIE et ÉRIC sont deux adolescents qui s'aiment et se fréquentent depuis trois mois. ÉRIC propose à MÉLANIE une occasion de faire

l'amour. Pour l'un et l'autre, il s'agira de la première fois. Face à cette expérience, chacun de leur côté, ils confient leurs rêves et leurs peurs à leurs copains et copines.

Suite à cette première relation sexuelle, MÉLANIE et ÉRIC se réfugient dans le silence et n'osent pas s'avouer leur déception. Encore une fois, le réconfort de leurs ami(e)s est précieux. MÉLANIE se risque à faire les premiers pas pour se rapprocher d'ÉRIC. L'un et l'autre sont soulagés de se parler, se confirment leur amour, réalisent les malentendus que créent le silence. Ils se promettent de prendre leur temps la prochaine fois...

30 minutes

Pause

15 minutes

6. Discussion suite au visionnement

- Le vidéo est destiné, soit aux jeunes de 12 à 16 ans ou aux parents d'adolescents-adolescentes. Le guide d'accompagnement propose des questions afin de susciter la discussion suite au visionnement. Il suggère une série de questions basées sur le scénario et une autre portant sur la sexualité des jeunes. Les questions suivantes s'inspirent largement du guide et visent plus particulièrement à obtenir les commentaires des parents d'accueil en liens avec le thème de la rencontre, soit la vie amoureuse des jeunes.
- En tant que parents, quelles sont vos impressions suite au vidéo ?
- Est-ce que l'histoire de MÉLANIE et d'ÉRIC éveillent pour vous des souvenirs ? Quels sentiments sont rattachés aux souvenirs de vos premières expériences amoureuses et sexuelles ?
- À votre avis, est-ce que MÉLANIE et ÉRIC étaient prêts pour une première relation sexuelle ? Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

- Est-ce que les attentes de MÉLANIE et d'ÉRIC étaient les mêmes par rapport à leur première relation sexuelle ? En général, les attentes sont-elles les mêmes pour les garçons et les filles ?
- Comment trouvez-vous la communication de MÉLANIE avec ses copines et celle d'ÉRIC avec ses amis ? Quelle importance ont eu ces échanges pour les deux amoureux, avant et après leur relation sexuelle ?
- La réconciliation des deux jeunes vous semble-t-elle réaliste ?
- Dans le vidéo, ni ÉRIC ni MÉLANIE n'ont parlé à leurs parents de leur première relation sexuelle. Croyez-vous qu'il soit possible et souhaitable d'améliorer la communication entre les parents et leurs adolescents au sujet de la vie amoureuse et sexuelle de ces derniers ? Comment ? Et que pensez-vous de cette communication entre les parents de familles d'accueil et les jeunes en placement ?
- La personne-ressource souligne finalement le contexte général favorable à l'épanouissement de la vie amoureuse et sexuelle de MÉLANIE et d'ÉRIC. Pour diverses raisons, certains jeunes connaissent à l'adolescence des difficultés qui ont des répercussions dans leur vie amoureuse et sexuelle. C'est le sujet abordé par la prochaine présentation : la vie amoureuse des jeunes en difficulté.

30 minutes

7. Présentation : la vie amoureuse des jeunes en difficulté

- La personne-ressource débute l'activité par une question à l'endroit des parents d'accueil :

« À partir de leur expérience personnelle, de leurs impressions et de la présentation précédente portant sur la vie amoureuse des jeunes en général, seraient-ils portés à penser que la vie amoureuse des jeunes en difficulté présente des caractéristiques particulières ? Lesquelles ? »

- Elle recueille les réponses des parents qu'elle complète d'un bref exposé portant plus spécifiquement sur les comportements amoureux et sexuels des jeunes garçons et filles en difficulté. L'exposé s'inspire du texte intitulé « *La vie amoureuse des jeunes en difficulté* » (module 2 – p. 28). Elle rappelle qu'il est important de respecter l'évolution du jeune et de prendre en considération les influences multiples et contradictoires auxquelles le jeune est confronté (médias, amis, école, etc.). Le jeune doit en arriver à faire respecter son évolution, indépendamment de la pression de son entourage.
- L'activité intègre les questions et commentaires des parents.

30 minutes

8. Fermeture de la rencontre

- L'animatrice distribue aux parents d'accueil le texte des paroles de la chanson « *Apprendre à faire l'amour* ». C'est le texte de la chanson tirée du vidéo présenté au cours de la rencontre. Elle mentionne que le texte pourrait permettre d'amorcer des échanges avec leurs jeunes en placement, concernant la vie amoureuse, dans ses joies et ses peines. Le texte se retrouve à l'annexe 2 (module 2 – p. 39).
- L'animatrice et la personne-ressource suscitent et recueillent l'évaluation verbale de la rencontre. Elles recherchent le degré de satisfaction et les commentaires des parents concernant : le contenu du module, l'approche pédagogique, l'à-propos du vidéo, etc.
- Elle remet à ceux et à celles qui le désirent, une copie du texte « *Adolescence et sexualité* » (module 2 – annexe 3 – pp. 40-50).
- L'animatrice rappelle le thème et les coordonnées de la prochaine rencontre.

15 minutes

Fin de la rencontre

Sujets pour l'évaluation conjointe de l'animatrice et de la personne-ressource suite à la rencontre

- La participation des parents.
- La perception de l'atteinte des objectifs de la rencontre.
- La satisfaction face à l'expérience de coanimation.

Principales caractéristiques de l'adolescence

GHISLAINE CHAGNON, psychologue

JOSÉE BROUSSEAU, éducatrice

Les principales caractéristiques de l'adolescence esquissées par la suite constituent une adaptation d'un texte non publié, produit par FRANCINE MICHAUD (sexologue), intitulé ***« La sexualité chez les jeunes »***, lequel est distribué lors de formations portant sur l'éducation sexuelle des jeunes en difficulté.

1. Le phénomène de la « pensée magique »

La « pensée magique » consiste en quelque sorte à établir un lien de causalité entre ce que l'on croit ou pense et ce qui peut survenir. Les scénarios des rêves font souvent appel à la pensée magique et les enfants l'utilisent fréquemment ¹. Le phénomène de la « pensée magique » est encore fréquent à la période de l'adolescence ². D'ailleurs, les adultes y recourent aussi à l'occasion.

« Ça n'arrive qu'aux autres ou ça ne peut pas m'arriver ». À partir d'une telle croyance, un ou une jeune peut se sentir pratiquement invulnérable, à l'abri de la maladie, de la mort, de la grossesse, etc... En ce qui concerne les MTS et le VIH-sida, croyant que ça ne peut pas les toucher, plusieurs jeunes ne jugeront pas nécessaire d'adopter un comportement préventif.

Faire preuve de « pensée magique » équivaut à prendre ses rêves pour la réalité... C'est une forme de déni qui rend la réalité plus supportable, en excluant du champ de la conscience des aspects qui pourraient être source d'anxiété.

2. Une idée réduite du futur

Les jeunes ont de la difficulté à discerner l'implication future d'une action présente. Ils raisonnent rarement sur une base logique et ont donc tendance à faire des choix de façon arbitraire et impulsive et ce, particulièrement chez les 12-15 ans. Compréhension limitée de ses propres actes et des actes des autres, difficulté de se projeter dans le futur : les adolescents ont tendance à ne pas croire qu'ils

peuvent être contaminés par une MTS et arrivent mal à imaginer qu'une MTS puisse avoir comme conséquence l'infertilité future par exemple. La réalité future existe peu pour eux, il leur est difficile de l'anticiper.

3. Une sexualité par procuration

Les comportements sexuels et les relations sexuelles sont souvent décidés par les autres et vécus pour les autres. Les jeunes en difficulté sont très enclins à utiliser la sexualité pour répondre à des besoins non sexuels, dont par exemple :

- Le conformisme, en réponse à la pression des pairs notamment.
- Le besoin de recevoir ou de transmettre de l'amour.
- La réduction de tensions comme la peur de ne pas être aimé ou désiré ³.

Les jeunes déjà vulnérables à cause de leurs carences de toutes sortes ne sont pas différents des autres : par leur recherche amoureuse et sexuelle, ils tentent de régler leurs problèmes de vie ⁴.

4. La communication silencieuse

Les jeunes souhaitent la communication avec leur partenaire mais ne la vivent pas autant qu'ils la souhaitent. De façon générale :

- Les garçons et les filles partagent peu leurs attentes qu'ils ont les uns envers les autres quant aux relations sexuelles et amoureuses.
- Les garçons se confient peu aux garçons, ils badinent plutôt.
- Les filles se parlent un peu plus entre elles ⁵.

Une récente enquête québécoise (1992) portant sur la population des 15–29 ans indique que c'est dans le groupe des 15–17 ans que l'on discute le moins de sexualité et de contraception avec le partenaire amoureux. Les plus âgés ainsi que les filles en parlent davantage ⁶.

5. La période des grandes premières

Les jeunes ont à franchir le cap de plusieurs « premières » à l'adolescence : c'est l'époque de la première menstruation ou de la première éjaculation, de la première masturbation consciente, du premier examen gynécologique, des premiers émois, baisers et caresses, du premier chum, de la première blonde, du premier amour, de la première déception ou de la première peine d'amour, de la première relation sexuelle, et quoi encore... ⁷ Bref, une époque qui requiert énormément d'adaptation.

6. L'audience imaginaire

Les jeunes semblent convaincus que les autres sont obsédés par leurs comportements tout comme ils le sont eux-mêmes. Convaincus de leur grande valeur aux yeux des autres, ils se construisent et réagissent à cette « audience imaginaire » en visant essentiellement le regard admirateur des autres.

Egocentrique, l'adolescent-l'adolescente croit fermement être le centre de l'attention et que les autres accordent de l'intérêt et de l'importance à son apparence physique et à ses comportements.

7. L'évolution de la façon de penser

Peu à peu, leur façon de penser évoluera vers la maturité et viendra influencer leur vécu amoureux et sexuel. Petit à petit, ils développent leur capacité de prévoir de façon réaliste les conséquences de leurs gestes, ils sont plus en mesure de comprendre et d'assumer les responsabilités qui leur reviennent et ils peuvent davantage maîtriser leurs comportements et leurs émotions ⁷.

Bibliographie

1. KAPLIN, H.D. • B.J. SADOCK (1991). *Comprehensive Glossary of Psychiatry and Psychology*. Baltimore : Williams & Wilkins.
2. Gouvernement du Québec (juin 1991). *Fiches d'activités complémentaires au guide d'activités "éducation à la sexualité" sur le VIH-sida et les autres MTS – formation personnelle et sociale, secondaire*. Québec : Direction générale des programmes.
3. M.S.S.S. • C.Q.C.S. • DIRECTION DE LA FORMATION ET DU DÉVELOPPEMENT (1994). *Programme de formation – Jeunes en difficulté et prévention du VIH-sida – Sortir des sentiers battus*.
4. DORAIS, M. (1985). *De la sexualité des jeunes et de ses vicissitudes : Que penser ? Que dire ? Que faire ?* Conférence prononcée au Colloque sur la sexualité des jeunes en difficulté d'adaptation. Québec.
5. ROBERT, J. (1989). *Parlez leur d'amour... Accompagnez vos enfants et adolescents dans la découverte de leur sexualité*. Les Éditions de l'Homme.
6. Santé Québec (1992). *Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au VIH-sida et autres MTS : la population des 15-29 ans*. Faits saillants. Québec : M.S.S.S.
7. Gouvernement du Québec (1989). *Sexualité et MTS, parlons-en*. Québec : M.S.S.S.

La vie amoureuse des jeunes

GHISLAINE CHAGNON, psychologue

JOSÉE BROUSSEAU, éducatrice

L'adolescence, l'amitié et l'amour

« L'adolescence est une période transitoire entre les douceurs du monde de l'enfance et les rigueurs du monde adulte. En effet, la nécessité d'abandonner simultanément un certain nombre des satisfactions et des protections propres à l'enfance et l'obligation de choisir de nouveaux axes de plaisirs et de défenses, marquent cette tranche de vie » (p. 10) ¹.

De grands événements prennent place dans la vie des adolescents : les relations amicales et amoureuses y occupent la première place. Une recherche effectuée auprès d'adolescents de provinces canadiennes, dont le Québec, démontre que « la majorité d'entre eux considèrent l'amitié (91 %) et le fait d'être aimé (87 %) comme étant leurs valeurs dominantes (BIBBY et POSTERSKY, 1986, p. 10) ¹ ». En apparence indifférents, les jeunes cachent souvent un grand besoin de compagnonnage et d'être importants pour quelqu'un. Une étude québécoise récente (1994) comparant des adolescents des Centres jeunesse du Québec et des élèves du secondaire montre que :

« La qualité de la relation que les jeunes entretiennent avec leurs amis est généralement très bonne et varie peu selon l'âge et le sexe. Les garçons se disent toutefois plus influencés par leurs amis que les filles et les plus jeunes, davantage que les plus âgés » (p. 58) ².

C'est aux ami-e-s qu'on se confie et avec eux et elles qu'on discute de sujets délicats comme la sexualité, les amours, les conflits avec les parents, l'apparence.

« Dépendamment de l'âge, les relations amicales seront plus ou moins exigeantes, plus ou moins stables. Elles demeurent toutefois essentielles : la référence aux amis permet l'évaluation positive de soi » (p. 14) ³.

Les amitiés entre garçons et les amitiés entre filles n'ont toutefois pas les mêmes critères. Le stéréotype voulant que les garçons laissent moins transparaître leur sensibilité que les filles a encore une influence déterminante.

L'enquête Santé Québec (1992) révèle que chez les 15–17 ans, environ un jeune sur trois a un chum ou une blonde stable soit 37 % chez les filles et 36 % chez les garçons. Chez les 18–19 ans, ce pourcentage s'élève à 68 % chez les filles et à 55 % chez les garçons. Chez les adolescents âgés entre 15 et 17 ans, un sur trois déclare avoir un chum ou une blonde depuis au moins un an ³.

Les garçons et les filles éprouvent à l'adolescence un besoin pressant et profond de recevoir des gratifications l'un de l'autre. Un chum ou une blonde leur permet de se sentir moins seuls et leur accorde des attentions dont ils ont tant besoin ¹.

Les relations amoureuses et sexuelles

Les relations sexuelles des adolescents ont lieu la plupart du temps dans un contexte amoureux.

« Contrairement à certains préjugés, les adolescents sont fidèles sexuellement avec leur partenaire tant que la relation amoureuse se poursuit. Cependant, les relations amoureuses peuvent se répéter à quelques semaines ou à quelques mois d'intervalle » (p. 7) ⁴.

Une maturité biologique plus précoce et le fait qu'un engagement sérieux avec un partenaire stable survient généralement plus tard de nos jours, favorisent les amours successifs chez les jeunes. La « monogamie sérieuse » ou succession de partenaires exclusifs représente un mode de comportement fréquent chez les jeunes ⁵.

La majorité des études situe l'âge moyen de la première relation sexuelle entre 15 et 16 ans, ce qui signifie que certains ont des relations sexuelles avant cet âge et que d'autres débutent leurs relations sexuelles plus tard. D'après une étude réalisée en 1991 dans la région de Montréal, on constate que 12 % des élèves de première secondaire auraient déjà eu une relation sexuelle avec pénétration, comparativement à 40 % des élèves de secondaire IV et 60 % de ceux et celles de secondaire V ⁵. Santé Québec (1992) nous révèle que 60 % des jeunes de 15–19 ans ont déjà fait l'amour ³.

Les premières relations sexuelles sont la plupart du temps non planifiées : les trois quarts des adolescents affirment ne pas avoir prévu leur première relation sexuelle. Dans ce contexte, non planifié signifie très souvent non protégé ⁴.

Enfin, Santé Québec (1992) montre que chez les jeunes de 15–19 ans ayant déjà fait l'amour, les filles déclarent avoir eu trois partenaires sexuels différents tandis que les garçons en déclarent cinq. Les filles ont donc généralement moins de partenaires sexuels que les garçons, un écart qui d'ailleurs va en s'accroissant avec l'âge ³.

En terminant, rappelons que le comportement sexuel à l'adolescence présente d'énormes variations individuelles. Parmi les facteurs qui expliquent ces variations, mentionnons les différences de personnalité, le rythme de développement psychosexuel individuel, l'environnement social, la situation économique et le vécu familial ⁴.

Bibliographie

1. Gouvernement du Québec (1987). *Guide d'accompagnement pour le vidéo « Il nous reste une demi-heure »*. Québec : M.S.S.S.
2. CLOUTIER, R. • L. CHAMPOUX • C. JACQUES • C. LANCOP (1994). *Nos ados et les autres*. Étude comparative des adolescents des Centres jeunesse du Québec et des élèves du secondaire. Québec : Centre de recherche sur les services communautaires – Université Laval.
3. Gouvernement du Québec (1992). *Santé Québec – Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15–29 ans*. Faits saillants. Québec : M.S.S.S.
4. Gouvernement du Québec (1989). *Sexualité MTS, parlons-en*. Québec : M.S.S.S.
5. Centre québécois de coordination sur le sida • M.S.S.S. (juin 1993). *La question de l'accessibilité au condom pour les jeunes*. Québec.

La vie amoureuse des jeunes en difficulté

GHISLAINE CHAGNON, psychologue

JOSÉE BROUSSEAU, éducatrice

Une récente étude (1994) ¹ a comparé les données sur les comportements d'un échantillon de jeunes des Centres jeunesse du Québec avec ceux d'un échantillon d'élèves des écoles secondaires du Québec. Le premier échantillon est constitué de jeunes de 12 à 18 ans, résidant soit dans leur milieu naturel, en famille d'accueil, en centre de réadaptation ou autre forme de résidence. Le second échantillon regroupe des jeunes de toutes les régions, des écoles publiques et privées. L'écart entre les deux groupes est important à plusieurs égards.

Ainsi, 60 % des jeunes des Centres jeunesse avaient un chum ou une blonde comparativement à 34 % des jeunes du secondaire. À l'âge de 12 ans, près de 50 % des premiers ont un chum ou une blonde comparativement à 20 % dans le second groupe. Dans les deux groupes, la grande majorité des jeunes s'estiment satisfaits de leur relation amoureuse actuelle.

Dans le premier groupe, 50 % des jeunes de 11 à 14 ans et 82 % des 15 à 19 ans auraient déjà eu une relation sexuelle comparativement à 31 % et 70 % (respectivement) dans le groupe des élèves. La première relation sexuelle a eu lieu en contexte amoureux chez 57 % des jeunes des Centres jeunesse et chez 71 % des jeunes du secondaire.

« Quant à la protection contre les MTS, sachant que le condom est la seule protection sûre, les données révèlent que plus de 60 % des jeunes (des Centres jeunesse) sexuellement actifs vivent des risques au moins occasionnels, soit 12 % de plus que dans l'échantillon des élèves » (p. 74) ¹.

Les données indiquent que 31 % des filles et 6 % des garçons du groupe des Centres jeunesse rapportent avoir déjà eu une relation sexuelle contre leur gré. Ces pourcentages sont cinq fois plus élevés que ceux obtenus dans le groupe des élèves du secondaire.

Dans l'ensemble de leur vie amoureuse et sexuelle, les jeunes des Centres jeunesse se distinguent nettement par leur plus grande précocité. De plus, dès l'âge de 13 ans, ces jeunes sont deux fois plus nombreux à consommer de la drogue, écart qui se maintient jusqu'à la fin de l'adolescence, et cette

même tendance se retrouve au plan de la consommation de cigarettes. Or, si tous les jeunes fumeurs ne consomment pas nécessairement de la drogue, on sait cependant que *« lorsqu'un jeune fume, ses chances de consommer drogue et alcool sont plus élevées »* (p. 93) ¹.

« Bien qu'elle ne soit pas directement reliée à la transmission des MTS ou de l'infection au VIH, il est reconnu que parce qu'elle fausse le jugement et altère la volonté, la prise d'alcool ou de drogues peut amener les individus à s'engager dans des relations sexuelles à un plus jeune âge, à avoir plus de partenaires sexuels et à négliger l'utilisation des moyens de protection comme le condom. Il semble, de plus, que l'expérience de la première relation sexuelle soit étroitement reliée aux premières expériences de consommation d'alcool, de cigarettes ou de cannabis » (p. 52) ².

Une récente étude québécoise (1991) ² réalisée auprès d'adolescents-adolescentes en difficulté admis dans douze centres de réadaptation, révèle que plus de 10 % des jeunes ont admis s'être déjà injectés des drogues, dont plus de la moitié auraient partagé leur matériel d'injection. Or, le partage de matériel d'injection contaminé constitue un facteur de risque important de transmission du VIH et de l'hépatite B.

Caractéristiques et conséquences possibles : la sexualité des adolescents en difficulté

En plus de la précocité de l'agir tel que décrit précédemment, la sexualité des jeunes garçons en difficulté d'adaptation présente certaines caractéristiques. On peut parler de compulsivité de l'agir par la recherche d'excitation, de plaisirs, pour obtenir des gains matériels rapides ou encore pour combler des manques affectifs. On peut observer une absence de sélectivité dans les actes et dans les partenaires.

On peut retrouver une grande confusion dans les émotions et les perceptions : un jeune ne saura plus ce qu'il veut, ce qu'il préfère, ce qu'il recherche, donc ce qu'il est (orientation sexuelle). Il y a risque que le jeune tente de se définir à partir de ses expériences ³.

La sexualité de ces jeunes s'exprime dans un contexte de problématiques diverses. Il peut s'agir :

- D'une détérioration des liens affectifs et du tissu relationnel.
- De manifestations d'agressivité-impulsivité.

- De troubles de comportements (délinquance, violence, etc.).
- De l'importance démesurée accordée au gang d'amis ⁴.

« La sexualité de ces jeunes ressemble à celle des autres adolescents. Toutefois, étant donné les nombreuses difficultés qu'ils ont rencontrées (familiales, scolaires, relationnelles, etc.), on remarque plus fréquemment chez les jeunes en difficulté d'adaptation une ambivalence dans leur orientation sexuelle et une difficulté de rentrer en relation avec l'autre sexe (difficultés interpersonnelles et de communication) » (p. 131) ⁴.

Besoins et attentes des adolescentes en difficulté face à la sexualité

Vingt adolescentes vivant en centre d'accueil ont été invitées à s'exprimer sur le sens que prend pour elles la relation sexuelle ⁵. Des résultats obtenus se dégagent l'importance de l'agir sexuel : pour la plupart, la relation sexuelle est un mode de relation privilégié.

Ces adolescentes, à l'image physique souvent très sexualisée, espèrent qu'en jouant ainsi le jeu, on réponde enfin à leurs propres besoins. Elles espèrent fondamentalement trouver quelqu'un auprès de qui elles se sentiront importantes. Elles désirent recevoir de quelqu'un une gratification totale et immédiate. *« Le véritable enjeu est davantage de l'ordre de la gratification affective que de la gratification sexuelle proprement dite »* (p. 30) ⁵. Leurs attitudes et comportements parfois excessifs sont proportionnels au manque qu'elles éprouvent et à leur besoin d'attention. Leur degré de dépendance amoureuse est très élevé et elles expriment des désirs de proximité, d'exclusivité, parfois de possession et d'appropriation. Dans ce contexte, la peur de perdre le partenaire amoureux est proportionnelle à l'importance démesurée qu'elles lui accordent.

Bibliographie

1. CLOUTIER, R. • L. CHAMPOUX • C. JACQUES • C. LANCOP (1994). *Nos ados et les autres*. Étude comparative des adolescents des Centres jeunesse du Québec et des élèves du secondaire. Québec : Centre de recherche sur les services communautaires – Université Laval.
2. POULIN, C. • M. ALARY • J. RINGUET • J.-Y. FRAPPIER • C. ROY (étude réalisée en 1991–1992). *Prévalence de l'infection chlamydienne et comportements à risque de MTS et d'infection au VIH chez les jeunes en difficulté du Québec*. Centre de santé publique de Québec – R.R.S.S.S. de Québec.

3. FORGET, J. (1990). *La relation d'aide : aider les adolescents et les adolescentes en difficulté*. Montréal : Ed. Logiques Société.
4. LANGEVIN, F. • J. LINDSAY (1993). « Analyse d'un programme d'éducation sexuelle administré auprès de garçons en difficulté d'adaptation ». *Service social*, vol. 42, n° 2 : 127-141.
5. DUBOIS, R. • D. DULUDE (1986). « La perception de la relation sexuelle par des adolescentes dites mésadaptées socio-affectives ». *Revue Québécoise de Psychologie*, vol. 7, n° 3 : 21-32.

Annexe 1

Énoncés pour le jeu de « pige »

Les énoncés illustrant les étapes du développement psychosexuel sont tirés du volume suivant : « *Guide d'accompagnement* » par DANIELLE CHAMPAGNE, préparé pour le cours d'« *Intervention sexologique* » du Certificat en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke. Ces énoncés doivent être découpé dans le cadre de l'activité du jeu de « pige ».

Petite enfance (0- 2 ans)

L'enfant commence à explorer ses parties génitales et les autres parties de son corps

Petite enfance (3- 5 ans)

L'enfant devient conscient des différences sexuelles et pose des questions sur l'origine des bébés

L'enfant stimule ses parties génitales par plaisir, à moins qu'on lui apprenne à ne pas le faire

L'enfant peut participer à des jeux sexuels avec d'autres enfants

Enfance (5- 7 ans)

L'identité sexuelle est consolidée par des jeux d'affirmation

Début des blagues et des mots sexuels

L'enfant s'intéresse aux corps nus des adultes et à la sexualité adulte

Puberté (8- 12 ans)

L'augmentation des hormones sexuelles donne lieu à l'apparition des caractères sexuels secondaires

Le corps devient un centre d'intérêt important

Le groupe d'ami-e-s prend une influence grandissante

Tentatives d'approches de l'autre sexe

Peut parfois se masturber davantage

➡ **Adolescence (12–15 ans)**

Rébellion contre les parents

Importance du "gang" comme point de référence : identité sociale

Excitations sexuelles spontanées

Idylles amoureuses : maladresse et timidité

Peut expérimenter des rapports sexuels de groupe

Possibles changements d'humeur

Maturation biologique (16- 18 ans)

L'orientation sexuelle s'affirme de plus en plus

La recherche du partenaire amoureux est plus sélective

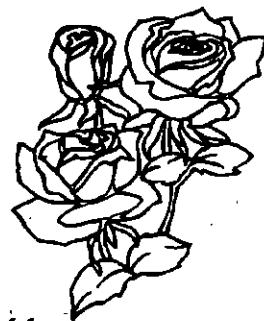
Annexe 2

Paroles de la chanson « Apprendre à faire l'amour »

Quand ils se sont quittés
Après avoir fait l'amour
Ils n'ont pas remarqué
Mais le ciel semblait plus lourd
C'est qu'ils avaient changé
Passé la frontière pour toujours
Ils en auraient parlé
Mais le temps semblait trop court

Quand ils se sont revus
Ils n'ont pas osé se dire
Ce qui leur avait plu
Ni ce qui les a fait rire
Alors ils sont restés
Prisonniers de leur silence
Et comme des étrangers
Ils se regardent avec prudence

Apprendre à faire l'amour
Apprendre à le construire
Apprendre à faire l'amour
Dans le doute et le désir
Apprendre à faire l'amour
Pour ne plus jamais s'enfuir
Apprendre à faire l'amour
Trouver les mots qu'il faut dire



Ils vont s'imaginer
Des scénarios impossibles
Pour tenter d'expliquer
Que l'autre a l'air insensible
Trouver de fausses raisons
Dans les gestes et le décor
Mais pour se rapprocher
Il va leur falloir d'abord

Apprendre à faire l'amour
Apprendre à le construire
Apprendre à faire l'amour
Dans le doute et le désir
Apprendre à faire l'amour
Pour ne plus jamais s'enfuir
Apprendre à faire l'amour
Trouver les mots qu'il faut dire

PIERRE DIONNE

1992 — Socan

Annexe 3

Adolescence et sexualité

LOUISE CHARBONNEAU, médecin
Clinique des jeunes Saint-Denis

L'adolescence

— LES FACTEURS DE DÉVELOPPEMENT

Au cours des dernières décennies, l'adolescence est devenue une longue période de vie qui évolue sous le signe du paradoxe et de la contradiction. Sur le plan biosocial, la puberté survient à douze ans et demi en moyenne et cette maturation biologique empiète sur l'enfance. Par ailleurs, l'écart entre cette maturation physique et l'accès à la maturité sociale s'est considérablement allongé en raison de la scolarisation prolongée, du chômage, de l'urbanisation (les enfants ne travaillent plus à la ferme) et de la spécialisation (il n'existe plus d'ateliers artisanaux où les enfants font leur apprentissage). Dans une étude sur les cycles de l'adolescence, J. F. SAUCIER et C. MARQUETTE ¹ expliquent qu'auparavant, les enfants atteignaient une maturité sociale, par le travail pour les garçons et le mariage pour les filles, dès l'apparition de la puberté qui survenait alors en moyenne vers seize ans et demi. Aujourd'hui, les enfants deviennent biologiquement adultes plusieurs années avant de le devenir socialement et « *rarement a-t-on vu, dans l'histoire de l'humanité, une telle divergence entre le biologique et le social, pour une si longue période de temps pour un nombre si important de personnes* ».

Quant au développement psychologique, il s'insère dans ce processus de façon harmonieuse pour certains, mais avec un décalage pour d'autres. Il se caractérise par une série d'étapes à franchir, qui mènent les adolescents à leur autonomie et à l'acquisition de leur identité. Les valeurs parentales adoptées durant l'enfance sont remises en question ; le groupe de pairs prend alors une grande importance et son influence se fait sentir. Enfin, la capacité de créer des liens d'intimité

¹ J.F. SAUCIER • C. MARQUETTE (1985). « Cycles de l'adolescence, processus sociaux et santé mentale ». *Sociologie et sociétés*, vol. XVIII, n° 1, avril, pp. 27-32.

avec un partenaire coïncide plus ou moins pour chacun avec la consolidation de son propre système de valeurs et de son identité.

Les aspects cognitifs se modifient considérablement durant l'adolescence. De la pensée concrète de l'enfant, il y a une évolution vers la capacité de manipuler des concepts abstraits, de synthétiser, de déduire. D'abord égocentriques, les jeunes sont au centre de l'univers, donc invulnérables et tout-puissants. Avec les années, leur mode de pensée se raffine et leur jugement moral progresse vers l'acquisition de principes personnels et universels.

— LES ÂGES DE L'ADOLESCENCE

Dès que survient la puberté, entre 11 et 13 ans, la caractéristique de l'enfant se modifie. Le jeune devient souvent exigeant, catégorique, rigide. Son défi de l'autorité adulte est teinté de confusion et de contradictions, de retours en arrière puis de bonds en avant. Le besoin d'exprimer devient pressant et le groupe d'amis est plus que jamais source d'appartenance.

Le milieu de l'adolescence, entre 14 et 16 ans, se caractérise par une affirmation de soi et une sécurité grandissantes relativement à la distance qui est prise avec les parents. C'est l'âge des conduites « à risque », des essais / erreurs, des confrontations. Les valeurs parentales sont mises en veilleuse au profit de celles des amis qui occupent une place prépondérante. Les notions de solidarité et de confiance mutuelle dominent à l'intérieur du groupe.

La fin de l'adolescence, après 17 ans, voit survenir la consolidation de l'identité et l'affirmation des croyances et des valeurs individuelles. Le jeune a alors acquis suffisamment d'autonomie pour se distancier des exigences conformistes du groupe. Le choix d'un partenaire, d'une carrière, d'un rôle social deviennent possibles parce que l'égocentrisme fait place à l'ouverture aux autres. Le monde « adulte » extérieur semble moins menaçant.

— LES FACTEURS QUI AFFECTENT LE PARCOURS DE L'ADOLESCENCE

Le parcours qui mène de l'enfance à l'âge adulte n'est jamais linéaire. Pour chacun des jeunes, il est tributaire des facteurs intrinsèques liés à l'individu et des facteurs extrinsèques liés à l'environnement dans lequel il se développe. Ainsi, la personnalité de chacun, l'état de santé

mentale, le sexe et même l'apparence physique s'allieront à la situation familiale et sociale pour favoriser, ou au contraire entraver, le cheminement vers la maturité.

L'omniprésence et la puissance des médias constituent un phénomène social relativement récent et sans précédent sur le plan historique. Les médias exercent une influence majeure sur la vie des adolescents et en particulier sur leur sexualité. Les jeunes regardent la télévision en moyenne 24 heures par semaine et ils écoutent la radio 18 heures et demie. À la fin du secondaire, on estime qu'ils ont passé 12 000 heures en classe et 18 000 heures à l'écoute de la radio et de la télévision. Ils y sont constamment confrontés à des doubles messages et on a tendance à oublier que ce sont les adultes qui en sont responsables. Car ce sont eux qui font les livres, les films, les émissions de télévision, les vidéos dans lesquels la sexualité est représentée sous le jour de la violence, de la pornographie, du romantisme irréaliste (on couche, on ne devient pas enceinte, on n'attrape pas de M.T.S., on n'est même pas décoiffée). Tous ces produits sont absorbés avec enthousiasme par les jeunes sans qu'on pense à leur offrir (et sous une forme aussi alléchante) une contrepartie plus conforme à la réalité.

Un autre bouleversement important et dont l'ampleur a coïncidé avec le développement des jeunes d'aujourd'hui se situe au niveau de la famille. Familles monoparentales, familles reconstituées, familles dont les deux parents travaillent, familles urbaines, aussi de plus en plus restreintes et ayant peu de soutien de la « famille élargie », ces familles offrent de moins en moins d'encadrement à leur progéniture (qu'on pense, par exemple, au phénomène des « enfants à clé »).

Enfin, les valeurs sociales elles-mêmes sont empreintes de contradictions, particulièrement envers les jeunes. Les valeurs traditionnelles ont été remises en question, mais on continue de les leur imposer : par exemple, un choix de carrière précoce alors que le chômage les affectera davantage ; une interdiction de la sexualité avant le mariage alors que celui-ci est fortement ébranlé par le taux de divorce et le nombre croissant de célibataires.

— L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES ADOLESCENTS

Les adolescents ne sont pas tous pareils ni dans leur cheminement, ni dans leurs comportements, ni dans leurs capacités de faire face à la vie.

Environ la moitié des jeunes se développent sans encombre, en surmontant les difficultés qu'ils rencontrent, en adoptant des comportements adéquats, en regardant vers l'avenir et en exploitant leur capacité de se réaliser. Entre 30 % et 40 % connaissent des épisodes de tumulte intense entrecoupés d'accalmies et de comportements plus adéquats. Leur difficulté peuvent se manifester dans une ou plusieurs sphères d'activités et des accidents de parcours plus ou moins graves peuvent survenir en période de crise.

À l'autre bout du spectre, il y a les révoltés, ceux qui ne « veulent rien savoir » des adultes. Leurs discours est empreint de violence, une violence qu'ils perpétuent dans tous les aspects de leurs relations interpersonnelles. Parfois victimes d'abus sexuels dans leur enfance, placés successivement dans plusieurs foyers, puis en centre d'accueil, ils trouvent la fuite dans la drogue et l'alcool. N'ayant jamais connu les mots respect, tendresse et affection, ils sont enclins à utiliser cette autre forme de violence qu'est la prostitution pour se procurer suffisamment d'argent pour vivre. Ils n'ont aucune capacité d'anticipation, aucune ouverture devant les comportements préventifs. Certains n'iront pas aussi loin peut-être, parce qu'ils n'auront pas subi autant de dommages dans leur famille, mais toute leur adolescence aura été marquée de problèmes importants : accidents, grossesses, M.T.S. à répétition, échecs répétés au niveau scolaire, chômage, toxicomanie, etc. Ces jeunes « à problèmes » représentent entre 10 % et 20 % de la population de cet âge, mais c'est trop souvent uniquement de ceux-ci dont on parle quand il est question de l'adolescence.

La sexualité

— LES ÉTAPES DU DÉVELOPPEMENT

Aujourd'hui, beaucoup de jeunes ont déjà une vie sexuelle active vers l'âge de 16 ans. Qu'on le veuille ou non, cette réalité existe et elle ne disparaîtra pas parce que l'on choisit de la nier ou de la désapprouver.

Le développement de la sexualité est en général amorcé par les changements biologiques qui surviennent à la puberté, ce qui ne signifie pas que l'enfant n'était pas un être sexué avant sa puberté. Il serait peut-être plus juste de parler de l'actualisation de la vie sexuelle qui se manifeste d'abord par la découverte de nouveaux signes sur le corps : poussée de croissance, apparition des

seins, des poils, augmentation du volume du pénis, etc. La masturbation entraîne les premières sensations intenses de plaisir sexuel. Dans leur recherche exploratoire, les adolescents se tournent bientôt vers « l'autre ». Suivront les baisers, les caresses, la relation génitale, ces étapes étant franchies selon un rythme propre à chacun.

On notera que la sexualité n'est pas un phénomène purement biologique. Elle est tributaire d'un ensemble d'éléments fortement interreliés qui touchent les domaines affectif, psychologique, social et moral.

— LES EXPÉRIENCES SEXUELLES

Les filles font l'apprentissage de leur nouvelle réalité de femme par la menstruation et le passage à la fécondité. Le plaisir est une sensation diffuse qu'elles n'identifient pas nécessairement comme telle. Elles recherchent dans la sexualité le rêve, l'amour, la tendresse.

Les garçons accèdent plus rapidement au plaisir par l'érection et l'éjaculation nocturne, qui constituent généralement les premières manifestations de leur éveil à la sexualité. Les normes sociales endossent leur recherche du plaisir avec partenaire et valorisent la performance.

Les expériences des couples adolescents se heurtent à la différence des rythmes et des besoins de chacun. Malgré que les jeunes nous apparaissent aujourd'hui tellement plus libres et avertis, leurs premières relations sexuelles sont rarement adéquatement protégées. Pourquoi ?

- Parce que ces relations sexuelles ont lieu dans un contexte imprévu alors que les jeunes ont un peu bu ou absorbé des drogues.
- Parce que cela (M.T.S., grossesse) n'arrive qu'aux autres.
- Parce qu'elle va le perdre si elle dit non.
- Parce qu'il va perdre la face s'il ne le fait pas (ce n'est jamais la première fois pour un « vrai » gars).
- Parce que les partenaires n'ont pas d'expérience de la vie et qu'ils veulent savoir ce que c'est.

- Parce que le rationnel ne rejoint pas nécessairement le viscéral (« Le cœur a ses raisons que la raison ne connaît pas »).
- Parce qu'il ou elle ne perçoit pas sa fertilité de façon concrète.
- Parce qu'il et elle ont le goût de « triper ».
- Parce qu'elle a peur de la démarche auprès des médecins ou d'infirmières adultes, peur de l'examen gynécologique, peur qu'on avertisse ses parents, parce qu'il et elle sont gênés d'acheter une boîte de condoms.
- Parce qu'il et elle appartiennent à un groupe dans lequel la norme est d'avoir des relations sexuelles (coïtales ou autres).
- Parce que leur éducation à la sexualité s'est faite par le biais du silence des adultes qui s'avère en contradiction flagrante avec les pressions sociales et médiatiques.

Par ailleurs, on sait que, pour diverses raisons, tant historiques que culturelles, les hommes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle ont été parmi les plus touchés par le sida. Aussi, devons-nous être sensibilisés aux besoins spécifiques des jeunes qui ont une orientation homosexuelle ou bisexuelle et tenter de les atteindre adéquatement. Comment ? D'abord en reconnaissant que l'homosexualité et la bisexualité font partie de l'expérience de vie d'un grand nombre de jeunes, quelles que soient leurs préférences sexuelles ultérieures. Ensuite, en considérant clairement homosexualité, bisexualité et hétérosexualité comme des préférences tout aussi légitimes les unes que les autres (il y a presque vingt ans maintenant que l'homosexualité a été rayée de la liste des troubles mentaux). Enfin, en incluant dans les renseignements que nous communiquons des références spécifiques — et non préjudiciables — à l'homosexualité et à la bisexualité, de façon à ce que les jeunes qui sont concernés par ces réalités ne se sentent pas ignorés, négligés ou dépréciés.

Une dernière remarque à ce sujet. On a beaucoup dit que, l'adolescence étant une période d'expérimentation, l'homosexualité ou la bisexualité exploratoires pouvaient s'y retrouver sans que cela présume de l'avenir. Pour les intervenants, la question de savoir quelle sera l'orientation sexuelle future d'un jeune est sans utilité et, de toute façon, peu réaliste. Qui d'entre nous connaît

l'avenir ? Quelle que soit la tournure que prendra l'orientation sexuelle d'une personne, l'aide qu'elle requiert doit être fondée sur la situation présente. Reconnaître une réalité ne signifie pas qu'on l'encourage ou la décourage — d'ailleurs je doute que nous puissions avoir quelque impact sur l'avenir à ce propos. En abordant positivement la question de l'homosexualité et de la bisexualité, nous ne faisons preuve d'aucun prosélytisme : nous admettons un fait existant et, de cette façon, nous oeuvrons à mieux joindre des jeunes qui, trop souvent, se sentent jugés, marginalisés, voire rejetés, ce qui ne facilite en rien le travail d'intervention et de prévention qu'il est nécessaire d'effectuer auprès d'eux.

— LES FACTEURS D'INFLUENCE

Ce n'est probablement pas la sexualité en soi qui dérange tant, mais l'agir sexuel des jeunes, parce qu'il force les adultes à remettre en question les valeurs qui leur avaient été inculquées pour accepter le droit des jeunes au plaisir.

La famille, trop rigide ou trop ouverte, la pression des groupes de pairs, l'insistance du partenaire pour une fille peu sûre d'elle, les « jeux » de performance que les gars s'imposent et l'influence des médias jouent un rôle primordial dans l'actualisation de la sexualité chez l'adolescent.

Enfin, le milieu socio-économique défavorisé s'avère l'un des facteurs prédictifs les plus importants d'une relation sexuelle précoce.

— LES PROBLÈMES

Pour beaucoup d'adolescents, la sexualité se développe sans problème majeur et sert d'apprentissage nécessaire à leur maturation. Sans que les étapes ne soient brûlées, le passage du narcissisme de l'enfance à la capacité de créer des liens avec les amis, puis d'évoluer vers l'intimité d'un couple, se fait au fur et à mesure que l'estime de soi et l'identité s'affirment. Essais et erreurs en cours de route sont inévitables, peut-être même souhaitables (les erreurs ne sont-elles pas aussi sources d'apprentissage ?). La présence d'adultes qui les aident prend alors beaucoup d'importance : il ne s'agit pas toujours d'un parent, même si le contact avec lui peut être adéquat, mais souvent de quelqu'un de l'entourage, d'un professeur, d'un infirmière de l'école ou encore du médecin.

Cependant, quand on aborde le domaine des problèmes reliés à la sexualité adolescente, on se retrouve encore une fois devant des contradictions inhérentes à la nature même des problèmes rencontrés, aux intervenants qui sont appelés à agir et aux solutions proposées.

Nommons d'abord ces problèmes : la grossesse, les M.T.S., la prostitution, tous les phénomènes reliés à la violence et, aujourd'hui, le sida, chacune de ces entités étant obligatoirement reliée à un ensemble de facteurs. Prenons l'exemple d'une adolescente qui a passé une grande partie de sa vie « placée » en foyer, sa mère est elle-même très jeune, son père éloigné. L'agir sexuel provoque des conflits et l'adolescente fait une fugue. Placée à nouveau en centre d'accueil, à 17 ans, elle décide d'avoir un enfant ; elle pourra ainsi s'émanciper, recevoir de l'aide sociale, vivre avec son ami et aussi prouver à sa mère qu'elle sera une meilleure mère qu'elle. Par contre, toutes les préoccupations de nature préventive, autant pour elle-même que pour l'enfant à venir, n'ont pas de place pour elle : tabac, drogues, alcool, examens médicaux, alimentation saine, etc.

Dans une étude portant sur près de 1000 adolescents à Nancy, dans le nord-est de la France, P. DESCHAMPS constate sur tous les plans une plus grande vulnérabilité des jeunes des milieux défavorisés, autant dans leurs perceptions que dans la réalité. En raison de la répétition des échecs aux niveaux familial, social et professionnel, ces jeunes ne développent pas leur estime de soi, ils n'ont pas d'attentes et n'entrevoient pas de projets d'avenir. L'identité sociale leur sera conférée par l'agir sexuel et par des artifices tels que la tenue, le maquillage et les comportements provocants (le fait d'être regardés prouve qu'ils existent).

Le problème des M.T.S. prend une dimension particulière à l'adolescence. La chlamydia et les condylomes sont à l'état épidémique, mais les adolescents connaissent peu ou mal ces maladies, soit parce qu'ils sont asymptomatiques, soit parce qu'ils n'en reconnaissent pas les symptômes. Ainsi, on estime qu'en l'an 2000, une jeune femme de 30 ans sur deux aura déjà eu une salpingite, complication majeure de l'infection à chlamydia.

La majorité des garçons ne se sentent pas assez à l'aise lors des premières relations sexuelles pour utiliser des condoms. Les filles sont trop gênées pour le demander et elles endossent vite la réticence des garçons qui considèrent que cela diminue le plaisir. Les garçons qui ont des relations homosexuelles ne s'estiment pas davantage « à risque » que les autres, d'autant plus que

les considérations contraceptives n'entrent pas en ligne de compte pour inciter à une certaine prudence. C'est la même chose pour les relations sexuelles entre filles.

Une infection à chlamydia, une gonorrhée, une vaginite à trichomonas, etc. ne constituent pas en général un gros casse-tête sur le plan médical. Ce qui est plus compliqué, c'est leur dimension sociale. Pathologies qui ne se déclenchent pas seules, par définition, elles impliquent obligatoirement plus d'une autre personne. Dans un réseau adolescent où prédomine l'égoïsme, parce que l'étape de la responsabilité sociale n'est pas encore atteinte, il faut avoir du temps et de bons arguments pour convaincre les jeunes de la nécessité d'avertir l'autre (les autres), pour faire en sorte qu'ils se traitent quand ils sont asymptomatiques, que tout le monde ait suffisamment d'argent pour acheter les médicaments et que dix jours de traitement avec contrainte (exemple : pas d'exposition au soleil, horaires réguliers, pas d'alcool) ne leur apparaissent pas comme la fin de leur vie ! Devant ces problèmes, il faut que les jeunes fassent des visites de contrôle et qu'ils adoptent des comportements préventifs. La majorité vivent leur sexualité sous forme de monogamies sérieuses : on rencontre un nouveau partenaire quand le lien s'est brisé après l'épisode de M.T.S. et les mêmes comportements se répètent. Même si on a eu sa leçon et qu'on réclame que le nouveau partenaire utilise des condoms, on se lasse bien vite de tout cela, le sentiment d'invincibilité reprenant ses droits et la difficulté éprouvée à parler d'un tel sujet refaisant surface.

Peu de jeunes perçoivent les risques qu'ils prennent au regard de l'infection par le VIH et on reconnaît de plus en plus que les comportements dangereux sont rarement isolés. Ainsi, les jeunes qui ont de nombreux partenaires sexuels sont moins enclins à utiliser des condoms et l'ensemble de leurs comportements présente davantage de facteurs de risque : drogues, alcool, tabac, etc.

Un autre grand problème qu'il convient d'aborder est celui de la violence. La violence dont ils sont victimes (inceste, abus, éducation par la pornographie) et qui débouche sur celle qu'ils se font à eux-mêmes : la prostitution (phénomène très rarement isolé, plutôt accompagnateur d'abus de drogues, d'alcool et de désorganisation familiale). Le rapport Badgley¹, publié à l'automne 1984, rapportait qu'une fille sur deux et un garçon sur trois ont subi, lors de leur enfance, des gestes à caractère sexuel non désirés (les actes étaient généralement commis par des adultes sensés les protéger). Dans 92 % des cas d'abus

¹ R.F. BADGLEY (1984). *Infractions d'ordre sexuel contre les enfants au Canada*. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Septembre.

sexuels, la victime connaît son agresseur et dans 44 % des cas, celui-ci est le père. Notons enfin que 75 % des jeunes filles qui font de la prostitution ont subi l'inceste. Dans tous les cas d'agression, l'enfant est soumis à une stimulation ou à une activité sexuelle ne correspondant pas à son âge, à son développement psychologique et sexuel et, dans le cas de l'inceste, à son rôle dans la famille. Et presque toujours, lors de l'adolescence, les séquelles se manifestent par des comportements que le jeune tourne contre lui, dévoilant ainsi la blessure irréparable qu'il a subie.

Conclusion

Comment conclure ce bref panorama de la sexualité adolescente ? En rappelant que les comportements sexuels de l'adolescence font partie des découvertes et des apprentissages de cette phase de l'existence. Comme toute découverte, comme tout apprentissage, ces comportements génèrent des questionnements, de l'imprévu, et des déconvenues. Notre rôle comme intervenant doit être de comprendre, d'informer, de conseiller, d'être réceptif au vécu des adolescents. L'adolescence est peut-être une phase universelle, mais chacun la vit d'une façon unique.

Fiche technique — Module 3

Durée : 3 heures

Thème : Les MTS/VIH-SIDA : – Les connaissances

Objectif spécifique

Permettre aux parents d'accueil d'améliorer leurs connaissances portant sur les MTS à virus et les MTS à bactéries et à virus ainsi que leurs modes de transmission respectifs.

Activités pédagogiques

1. Accueil.
2. Présentation : les jeunes vulnérables face aux MTS.
3. Présentation : les MTS à bactéries et à virus.
4. Jeu de bingo SOS / MTS.
5. Présentation : les MTS causées par des bactéries.
6. Présentation : les MTS causées par des virus.
7. Visionnement d'un vidéo.
8. Discussion semi-dirigée.
9. Fermeture de la rencontre.

Matériel requis

- Acétates du tableau-synthèse (module 3 – annexe 2) comme support visuel si désiré et photocopies à l'intention des parents d'accueil.
- Jeu de bingo.
- Vidéo : «S.O.S. MTS», téléviseur, magnétoscope.

Indices pour l'évaluation

- Participation et intérêt des parents d'accueil : verbalisation, questions, échanges et interactions.

Ressources humaines

- L'animatrice de la rencontre (et de toute la session).
- Une personne-ressource pour certains volets de la rencontre.

Mots — Outils

☞ CONNAISSANCES MTS / VIHsida

☞ CONTACTS SEXUELS

☞ CONSÉQUENCES

Déroulement de la rencontre

1. Accueil

- L'animatrice présente le thème et le contenu de la rencontre après avoir effectué un bref retour sur le contenu du module précédent. Les parents d'accueil sont invités à exprimer leurs commentaires, s'il y a lieu.
-

2. Présentation : les jeunes vulnérables face aux MTS

- La personne-ressource introduit les parents d'accueil à la problématique des MTS chez les jeunes en s'inspirant du texte « *Les jeunes vulnérables face aux MTS* » (module 3 – p. 57).
-

3. Présentation : les MTS à bactéries et à virus

- La personne-ressource poursuit en précisant l'existence de MTS causées par des bactéries et de MTS causées par des virus, (texte « *Les MTS à bactéries et à virus* » — module 3 – p. 59).

15 minutes

4. Jeu de bingo S.O.S. / MTS

- Les coordonnées nécessaires afin de se procurer le jeu de bingo S.O.S. / MTS se retrouvent à l'annexe 1 (module 3 – p. 80).
- La personne-ressource distribue une planche de jeu à chaque parent d'accueil. Le jeu se compose de quinze planches au total.
- Elle distribue aussi une vingtaine de jetons (en forme de condoms) à chaque participant(e).

- Elle présente les consignes : est gagnant(e) celui ou celle qui réussit à compléter une ligne horizontale ou verticale de sa planche. La **personne-ressource**, en tant que meneur de jeu, propose aux joueurs différents énoncés, que les joueurs pour leur part doivent associer aux MTS correspondantes illustrées sur leur carte de jeu.
- Il peut être amusant d'offrir un prix aux gagnants. Par exemple, un condom a été offert en guise de prix aux gagnants et gagnantes lors des trois groupes de formation initiaux (1994-1995).
- Le jeu propose une démarche de sensibilisation qui, tout en divertissant les participants et participantes, leur permet d'approfondir leurs connaissances sur la thématique des MTS / VIH-sida. Les énoncés proposés par le jeu abordent les principales MTS, leurs symptômes, leurs modes de transmission, les traitements et les moyens de prévention. Le jeu se veut un outil déclencheur de discussion.
- L'analyse des réponses par la **personne-ressource** (meneur de jeu) peut s'effectuer tout au long du jeu ou encore à la fin du jeu. L'important consiste à permettre aux parents d'accueil de réaliser des apprentissages soit en confirmant leurs bonnes réponses ou en corrigeant leurs réponses inexacts. En plus de leur permettre de réaliser des apprentissages, le jeu stimule l'intérêt des parents d'accueil et les introduit au contenu des présentations suivantes.
- Certains parents d'accueil peuvent être intéressés à se procurer le jeu afin de l'utiliser avec les jeunes par la suite.
- Une dernière remarque : afin d'être en mesure de respecter l'horaire de la rencontre, la gestion du temps consacré à cette activité requiert une attention particulière.

30 minutes

5. Présentation : les MTS causées par des bactéries

- **Remarque :** Le tableau-synthèse « *Mieux connaître les MTS* », présenté à l'annexe 2 (module 3 – pp. 81-82), peut être reproduit sous forme d'acétates et servir de support visuel aux présentations à venir d'ici la fin de la rencontre.
- La personne-ressource procède à un exposé portant sur les principales MTS causées par des bactéries : description, transmission, symptômes, traitements et complications possibles. Voir les deux textes « *Les MTS à bactéries et à virus* » et « *Les MTS causées par des bactéries* » (module 3 – pp. 59-66).
- La personne-ressource rappelle aux parents d'accueil que l'essentiel des informations présentées se retrouve dans les documents (pochette de documentation) remis à la première rencontre. De plus, le tableau-synthèse « *Mieux connaître les MTS* » (module 3 – annexe 2 – pp. 81-82) leur sera remis à la fin de la présente rencontre à titre d'outil de support et de référence. Comme les autres documents, ce tableau peut être laissé à la disposition des jeunes.
- La personne-ressource rappelle aussi que l'objectif du programme n'est pas de faire d'eux des experts. Certaines connaissances sont fondamentales en prévention des MTS auprès de leurs jeunes. Mais leurs attitudes et leurs comportements avec les jeunes s'avèrent tout aussi importants. Il leur est toujours possible de vérifier ou de valider leurs connaissances au besoin, soit à l'aide de la documentation, soit auprès d'intervenants qualifiés, ou encore en utilisant sans frais la ligne Info MST-SIDA en composant :

648-2626 si vous habitez Québec ou sa banlieue

1-800-463-5656 si vous habitez ailleurs au Québec.

- Les questions des parents d'accueil complètent et enrichissent la présentation.

30 minutes

Pause

15 minutes

6. *Présentation : les MTS causées par des virus*

- La personne-ressource procède à l'exposé portant sur les MTS causées par des virus à partir du texte-support « *Les MTS causées par des virus* » (module 3 – pp. 66-73). Le texte se termine par un bref survol des mesures d'hygiène universelles qui constitue en quelque sorte une introduction au thème de la prochaine rencontre qui porte sur la prévention des MTS / VIH-SIDA.

30 minutes

7. *Visionnement d'un vidéo*

- La personne-ressource présente le vidéo et mentionne qu'une discussion suivra.
- Vidéo : "S.O.S. MTS" VHS couleur, 27 minutes, 1987 – documentaire.

Réalisation : LISE BONENFANT et MARIE FORTIN

Production et distribution : *Vidéo Femmes*

Résumé du scénario : Des femmes et des hommes racontent les répercussions qu'ont eues dans leur vie certaines maladies transmissibles sexuellement. Ils abordent les conséquences physiques et émotives de ces maladies et en quoi leur vie amoureuse et sexuelle en a été bouleversée. Des données médicales et statistiques complètent ces témoignages.

Le vidéo aborde sommairement les symptômes des principales MTS, les comportements à risque, les tests de dépistage, les traitements et les complications possibles dans certains cas. Les témoignages illustrent différents cheminements face à l'utilisation du condom dans une perspective globale de conscientisation à la santé.

30 minutes

8. Discussion suite au visionnement

- La personne-ressource cherche à obtenir les commentaires des parents d'accueil. Les questions suivantes peuvent guider la réflexion et la discussion suite au visionnement.
 - Quelles sont vos premières impressions et réactions suite à ce vidéo ?
 - Que retenez-vous des différents témoignages présentés ?
 - Ces témoignages soulèvent-ils des questions ? Pourquoi ? Lesquelles ?
 - Certaines comparaisons sont-elles possibles entre les réalités présentées par les témoignages et les réalités vécues par vos jeunes ? Lesquelles ?
 - Que retenez-vous concernant la prévention des MTS ?

20 minutes

9. Fermeture de la rencontre

- La personne-ressource distribue aux parents d'accueil les copies du tableau-synthèse « *Mieux connaître les MTS* » (module 3 – annexe 2 – pp. 81 et 82) et si désiré, le tableau « *Les mesures d'hygiène de base et de précautions universelles* » (module 3 – annexe 3 – p. 83). Le tableau-synthèse constitue un résumé des connaissances abordées au cours de la rencontre. Tout comme la documentation déjà fournie, ce tableau peut être utile aux parents d'accueil comme aux jeunes en placement.
- L'animatrice et la personne-ressource recueillent l'évaluation verbale de la rencontre. Elles recherchent le degré de satisfaction et les commentaires des parents concernant : le contenu de la rencontre, l'approche pédagogique, la pertinence du vidéo, etc.
- L'animatrice rappelle le thème et les coordonnées de la prochaine rencontre.

10 minutes

Fin de la rencontre

Sujets pour l'évaluation conjointe de l'animatrice et de la personne-ressource suite à la rencontre

- La participation des parents
- La perception de l'atteinte des objectifs de la rencontre.
- La satisfaction face à l'expérience de coanimation.

Les jeunes vulnérables face aux MTS

GHISLAINE CHAGNON, psychologue

RACHEL LAVIGUEUR, infirmière

À l'évidence, les jeunes qui choisissent d'avoir des relations sexuelles sans adopter de mesures préventives prennent des risques importants. Concrètement, ces risques se traduisent par un taux élevé de prévalence des MTS chez les jeunes, ainsi que par une augmentation du taux de grossesse chez les adolescentes âgées de moins de dix-huit ans (au cours de la dernière décennie) ¹.

Depuis quelques années, on note une baisse des MTS bactériennes, notamment la chlamydia et la gonorrhée. Toutefois, environ 9 000 MTS sont toujours déclarées annuellement ². L'incidence réelle est estimée, par le Centre de coordination sur le sida, à environ 30 000 à 50 000 cas par année, compte tenu de la sous-déclaration et des autres MTS qui ne sont pas à déclaration obligatoire telles que l'herpès et les condylomes. En plus d'être des cofacteurs à l'infection au VIH, les MTS demeurent un indicateur important des comportements à risque dans la population et représentent une occasion privilégiée de prévenir le VIH par un « counseling » approprié.

L'infection à chlamydia et les condylomes sont en progression chez les adolescents qui connaissent peu ou mal ces maladies ; soit parce que les porteurs sont asymptomatiques, soit parce que les ados n'en reconnaissent pas les symptômes.

Nous soulignons au passage le fait que les conséquences d'une MTS non traitée peuvent être sérieuses. Mentionnons entre autres :

- La stérilité.
- Les grossesses ectopiques (à l'extérieur de l'utérus).
- Le risque de cancer du col de l'utérus.
- Les problèmes psychologiques et interpersonnels qui s'y rattachent ¹.

En conclusion, le haut taux de MTS chez les jeunes indique que plusieurs d'entre eux n'utilisent pas ou utilisent peu de mesures préventives. Ce faisant, ces jeunes se rendent vulnérables aux MTS les plus courantes et à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

« D'ailleurs, la longue période d'incubation du VIH (selon les données actuelles, jusqu'à treize ans peuvent s'écouler avant qu'une personne infectée par le VIH développe le sida) laisse présumer qu'un certain nombre de personnes vivant avec le VIH ont contracté le virus pendant l'adolescence » (p. 6) ¹.

Finalement, soulignons que les jeunes québécois en difficulté sont plus susceptibles que les jeunes en général de contracter une MTS ou l'infection au VIH, comme l'indique une récente étude réalisée auprès de jeunes en difficulté admis dans les centres de réadaptation au Québec. De façon plus particulière, la prévalence de l'infection à chlamydia chez ces jeunes est quatre fois plus élevée chez les filles que chez les garçons ³.

Bibliographie

1. C.Q.C.S. et M.S.S.S. (1993). *La question de l'accessibilité au condom pour les jeunes. Document d'information réalisé à partir d'expériences vécues en milieu scolaire.*
2. C.Q.C.S. et M.S.S.S. (1996). Document 1 : « État de situation, problématique des MTS dans les dix-huit régions administratives du Québec » — Document 2 : « Problématique des MTS, bilan de la consultation auprès des directions de santé publique, vue d'ensemble » — Document 3 : « Proposition pour une planification opérationnelle des activités de prévention des MTS au Québec au cours des cinq prochaines années ». *Documents de travail.*
3. Centre de santé publique de Québec (étude réalisée en 1991-1992). *Prévalence de l'infection chlamydienne et comportements à risque de MTS et d'infection au VIH chez les jeunes en difficulté du Québec.*

Les MTS à bactéries et à virus

GHISLAINE CHAGNON, psychologue

RACHEL LAVIGUEUR, infirmière

Qu'est-ce qu'une MTS ?

Une MTS est une maladie transmissible sexuellement et généralement transmise par une personne déjà contaminée lors de relations sexuelles. Certaines MTS (hépatite B, hépatite C, VIH-sida, syphilis) sont aussi transmissibles par voie sanguine ¹. On parle alors de maladies transmissibles sexuellement et par le sang (MTSS).

On distingue les maladies *exclusivement* transmises sexuellement et celles *occasionnellement* transmises sexuellement. Les maladies exclusivement transmises sexuellement s'attrapent uniquement par contact sexuel comme par exemple la chlamydia et la gonorrhée. Les maladies occasionnellement transmises sexuellement peuvent s'attraper par contact sexuel mais peuvent aussi provenir d'autres sources, comme par exemple des champignons ou des poux pubiens (morpions) ².

Qu'entend-on par contact sexuel ?

- La pénétration du pénis dans le vagin.
- La pénétration du pénis dans l'anus.
- Le contact de la bouche avec les organes génitaux (relation orale-génitale).
- Le baiser impliquant un contact de la bouche avec l'anus.

Lors d'une même relation sexuelle, les partenaires peuvent avoir recours à plusieurs types de contacts ².

Des bactéries et des virus

Deux types de micro-organismes, les bactéries et les virus, sont sources de transmission de MTS différentes.

Les principales MTS causées par des bactéries sont : la chlamydia et la gonorrhée. Ces maladies se soignent et se guérissent à l'aide d'antibiotiques, comme toutes les maladies causées par des bactéries. La syphilis se guérit à l'aide d'antibiotiques, mais elle est causée par un genre de bactéries appartenant à la famille des spirochètes.

Les principales MTS causées par des virus sont : l'herpès génital, les condylomes, l'hépatite B et le VIH-sida. Généralement, une personne atteinte d'une de ces maladies demeure porteuse de cette maladie puisque le virus responsable demeure dans son organisme.

Bibliographie

1. Université Laval en collaboration avec Berlex Canada Inc. (1991). *Les maladies d'amour*.
2. Québec (1987). *Guide d'accompagnement pour le vidéo "Il vous reste une demi-heure"*.

Les MTS causées par des bactéries

GHISLAINE CHAGNON, psychologue

RACHEL LAVIGUEUR, infirmière

La chlamydia

La bactérie responsable de la chlamydia (ou chlamydie) se nomme chlamydia trachomatis. C'est l'une des MTS les plus répandues dans la population. Elle affecte trois fois plus de femmes que d'hommes et davantage les jeunes ¹. Elle atteint surtout les jeunes de 15 à 20 ans ².

— COMMENT LA CHLAMYDIA SE TRANSMET-ELLE ?

- Lors d'une relation sexuelle sans condom, avec pénétration du pénis dans le vagin, l'anus ou la bouche.
- Aussi lors d'un accouchement : la bactérie peut être transmise de la mère à son bébé ³.

— Y A-T-IL DES SYMPTÔMES ?

Il n'y a pas de symptômes dans la plupart des cas. Une personne qui a contracté la maladie peut donc la transmettre à une autre sans même le savoir.

S'il y a des symptômes, ils commenceront d'une à trois semaines après le contact sexuel.

Chez la femme : Les symptômes vont des pertes vaginales aux démangeaisons génitales, aux douleurs dans le bas-ventre, aux douleurs en urinant et aux saignements entre les menstruations.

Chez l'homme : On peut retrouver le fréquent besoin d'uriner accompagné d'une sensation de brûlure en urinant, des écoulements liquides du pénis et des brûlures et démangeaisons autour de l'orifice du pénis ⁴.

— LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic est établi par examen du médecin et par des tests de laboratoire effectués sur des sécrétions génitales prélevées.

Remarque : Le « Pap test » (test de Papanicolaou) qui sert à reconnaître le cancer du col de l'utérus ne permet pas de détecter la chlamydia ².

— LE TRAITEMENT

Un traitement par antibiotiques est efficace et il est essentiel de le suivre jusqu'au bout ³.

— LES COMPLICATIONS POSSIBLES

Chez la femme : Si l'infection progresse de l'utérus jusqu'aux trompes de Fallope, il y a salpingite, laquelle peut entraîner la stérilité, des risques de grossesse hors de l'utérus (ectopique), ou des douleurs chroniques au bas-ventre.

Chez l'homme : L'infection du pénis peut toucher la prostate et se rendre aux testicules, pouvant causer des douleurs aux organes génitaux et des problèmes en urinant ³. Tous les organes génitaux peuvent être affectés et causer la stérilité.

La gonorrhée

La bactérie responsable de la gonorrhée s'appelle le *gonocoque*. Certains de ses noms communs sont « dose », « chaude-pisse », « gono ». De 1990 à 1993, environ 5 000 cas de gonorrhée ont été rapportés au Québec, représentant environ 8 % de l'ensemble des cas rapportés de toutes les MTS à déclaration obligatoire ¹.

— COMMENT LA GONORRHÉE SE TRANSMET-ELLE ?

Elle se transmet par contact sexuel (tel que défini précédemment) avec une personne atteinte.

— Y A-T-IL DES SYMPTÔMES ?

Le plus souvent, il n'y a pas de symptômes, comme dans le cas de la chlamydia. S'il y a des symptômes, ils sont semblables à ceux présentés par la chlamydia ³.

— LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic s'établit par culture de prélèvements.

— LE TRAITEMENT

Un traitement par antibiotiques est efficace. La gonorrhée et la chlamydia se traitent avec des antibiotiques différents.

— LES COMPLICATIONS POSSIBLES

Les complications possibles suite à la gonorrhée sont semblables à celles de la chlamydia (voir page précédente : salpingite pouvant entraîner stérilité, grossesse ectopique, etc.). Dans de rares cas, l'infection peut s'étendre à la peau et aux articulations ³.

La syphilis

L'organisme responsable de la syphilis est le *tréponème pâle*. De 1990 à 1993, 700 cas de syphilis ont été rapportés au Québec, représentant environ 1 % de l'ensemble des cas rapportés de toutes les MTS à déclaration obligatoire ¹.

— COMMENT LA SYPHILIS SE TRANSMET-ELLE ?

- Par contact sexuel avec une personne qui a la maladie.

- Par contact de sang à sang avec une personne qui a la maladie, principalement en se piquant avec une aiguille ou une seringue usagée et contaminée.
- Lors de la grossesse ou de l'accouchement, le bébé peut l'attraper si la mère a la maladie ⁶⁻⁷.

— Y A-T-IL DES SYMPTÔMES ?

Trois à douze semaines après le contact : *chancre* ou *ulcère indolore* au site d'entrée de la bactérie. Il disparaît sans traitement mais l'évolution de la maladie continue. Il peut se loger à l'intérieur du vagin ou de l'anus et ainsi passer inaperçu. Plus tard, apparition possible de rougeurs sur la peau et les muqueuses, accompagnées ou non de fatigue, maux de tête, fièvre, ganglions. Ces symptômes peuvent disparaître sans traitement, mais la personne infectée est contagieuse ⁸.

— LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic s'établit par analyse du sang.

— LE TRAITEMENT

La syphilis se guérit complètement et avec des antibiotiques ⁹.

— LES COMPLICATIONS POSSIBLES

Après plusieurs années, si non traitée, la syphilis entraîne des complications sérieuses qui affectent les organes vitaux et entraînent éventuellement la mort.

Bibliographie

1. M.S.S.S. et C.Q.C.S. (avril 1995). *Analyse des cas de gonorrhée, de chlamydie, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1990-1993*. Québec.
2. M.S.S.S. (1987). *Ce qu'on n'a jamais osé demander sur la chlamydia*. Québec.
3. M.S.S.S. *La chlamydia. Renseignements pour la personne infectée et ses partenaires sexuels*. Québec.
4. Ortho-Pharmaceutique Canada (1987). *Mieux comprendre le sida et les autres maladies transmissibles sexuellement*.
5. M.S.S.S. (1987). *Êtes-vous actif sexuellement ? Pas besoin d'en faire une maladie*. Québec.
6. M.S.S.S. et C.Q.C.S. *MTS, mieux les connaître pour mieux les éviter...* Québec.
7. M.S.S.S. (1989). *Sexualité et MTS – Parlons-en*. Québec.
8. Université Laval et Berlex Canada Inc. (1991). *Les maladies d'amour*. Québec.

Les MTS causées par des virus

GHISLAINE CHAGNON, psychologue

RACHEL LAVIGUEUR, infirmière

L'herpès génital

Le virus « herpès simplex » se présente sous deux types. Le virus responsable surtout de lésions génitales est l'herpès de type 2. L'herpès de type 1 cause le plus souvent des lésions buccales (feux sauvages). Les deux types peuvent être transmis sexuellement ¹⁻². Il y a environ 12 000 nouveaux cas d'herpès par année au Québec ³.

— COMMENT L'HERPÈS SE TRANSMET-IL ?

- L'herpès génital se transmet par contact direct, sexuel ou non. Tout contact avec le liquide des vésicules peut être contaminant. Les lésions de la bouche peuvent porter le virus à la région génitale et vice-versa selon les pratiques.
- Le virus peut être transmis à l'enfant lors de l'accouchement ¹⁻⁴.

— Y A-T-IL DES SYMPTÔMES ?

Des lésions apparaissent sur les parties infectées. Un groupe de boutons (petites vésicules) se développe, puis se rompt en laissant s'écouler un liquide clair qui séchera pour former une croûte. Ces plaies, assez douloureuses au premier épisode, se guérissent d'elles-mêmes en dix ou vingt jours. Des poussées d'herpès peuvent se produire périodiquement lorsque la personne est fatiguée, stressée ou affaiblie par une autre maladie ⁴.

— LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic est établi par l'examen du médecin et le prélèvement et l'analyse des sécrétions ¹⁻⁴.

— LE TRAITEMENT

Actuellement, il n'y a pas de traitement efficace pour guérir définitivement cette maladie. Des poussées ou crises d'herpès peuvent se produire périodiquement. Certains médicaments peuvent soulager les symptômes.

— LES COMPLICATIONS POSSIBLES

Ce qui est désagréable avec cette infection, c'est la récurrence, c'est-à-dire l'apparition périodique de plaies ².

Les condylomes

Le virus responsable des condylomes est le *papillome humain*, un virus apparenté à celui des verrues ordinaires. Les condylomes rejoignent en fréquence la chlamydia dans certaines régions. On les appelle parfois *verrues vénériennes* ou *génitales*, ou *crêtes de coq* ¹.

— COMMENT LES CONDYLOMES SE TRANSMETTENT-ILS ?

Les condylomes se transmettent par contact sexuel avec une personne qui a la maladie ³. Il y a risque d'infection du bébé à la naissance si la mère est atteinte ⁴.

— Y A-T-IL DES SYMPTÔMES ?

Les condylomes se présentent sous forme de petites bosses habituellement sans douleur qui se retrouvent soit sur les organes génitaux, à l'anus ou parfois à l'intérieur de la bouche. Elles occasionnent parfois des irritations et des démangeaisons ³.

Chez la femme : Si le virus se retrouve au niveau du col de l'utérus, il peut n'y avoir aucune manifestation extérieure ¹.

— LE DIAGNOSTIC

Lorsque l'examen gynécologique révèle l'existence de cette infection, le médecin peut recommander un examen plus précis qui s'appelle la *colposcopie* ⁴.

— LE TRAITEMENT

Le traitement est habituellement par application locale de produits chimiques ou par chirurgie locale (électrocoagulation, azote liquide, laser). Le traitement est souvent très long et nécessite beaucoup de patience et de constance, car les condylomes sont tenaces ³⁻⁵.

— LES COMPLICATIONS POSSIBLES

Chez la femme : Les condylomes au niveau du col de l'utérus peuvent parfois favoriser le développement d'un cancer du col.

Chez l'homme : Une certaine association entre le cancer du pénis (rare) et les condylomes semble exister ¹. Une association existe également avec le cancer anal.

L'hépatite B

L'hépatite B est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite B. Au Québec, on estime le nombre de cas à environ 6 000 chaque année ⁶.

— COMMENT L'HÉPATITE B SE TRANSMET-ELLE ?

- Par contact des organes génitaux ou d'une plaie avec : le sang, la salive, le sperme, les sécrétions vaginales d'une personne porteuse du virus.
- Par contact de sang à sang (exemple : seringues contaminées).
- Le bébé peut l'attraper lors de l'accouchement si la mère a la maladie ³.

Le virus peut entrer dans le corps par :

- Une lésion de la peau, même infime.
- Une muqueuse (vagin, anus, bouche, oeil, etc.).

Deux occasions particulières présentant des risques d'attraper le virus de l'hépatite B, méritent d'être soulignées :

- Il s'agit de l'utilisation d'articles dont se sert une personne infectée pour son hygiène personnelle (exemples : brosse à dents, rasoir, lime à ongles, etc.).
- Il s'agit aussi du « french kiss » avec une personne infectée ⁶.

— Y A-T-IL DES SYMPTÔMES ?

- Dans 75 % des cas environ, il n'y a pas de symptômes. Souvent, une infection sans symptômes a pour résultat une immunité permanente.
- Dans les autres cas, les symptômes sont de la fièvre, de la fatigue, des nausées, la jaunisse. Ils se manifestent plus ou moins fortement, pendant quelques jours, au cours des six mois qui suivent l'entrée du virus dans l'organisme. Ils ne sont pas toujours présents en même temps ¹⁻⁶.

— LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic s'établit par tests sanguins pour le dépistage des anticorps ¹.

— LE TRAITEMENT

- Il n'y a pas de traitement pour guérir l'hépatite B.
- Chez 90 % des personnes infectées, il y a guérison spontanée en moins de six mois après le début de l'infection. Elles ne peuvent plus alors ni attraper ni transmettre la maladie ⁶.
- L'hépatite B est la seule MTS pouvant être prévenue par un vaccin ¹.

— LES COMPLICATIONS POSSIBLES

Une personne infectée sur dix (10 %) le demeure plus de six mois et souvent à vie : on l'appelle « porteur chronique ». **Les porteurs chroniques sont généralement en bonne santé, mais ils sont contagieux.** Le quart d'entre eux environ vont développer une cirrhose et plus rarement un cancer du foie. Dans moins de 1 % des cas, l'hépatite B conduit rapidement au décès ⁶.

Le VIH-sida

Le sida ou *syndrome d'immunodéficience acquise* est la manifestation la plus grave d'une infection causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ce virus attaque et endommage sérieusement le système de défense du corps humain contre les maladies. L'individu devient vulnérable à des maladies que la plupart des personnes en santé combattent facilement ⁷.

— COMMENT L'INFECTION PAR LE VIH SE TRANSMET-ELLE ?

Cette transmission peut s'effectuer :

- Par contact des muqueuses génitales ou d'une plaie avec le sang, le sperme, les sécrétions vaginales d'une personne porteuse du virus.
- Par contact de sang à sang, par exemple par l'usage de seringues ou d'aiguilles contaminées.
- Lors de l'accouchement, le bébé peut être infecté si la mère est porteuse du virus ^{7 - 8}.

— Y A-T-IL DES SYMPTÔMES ?

Parmi les personnes infectées par le VIH :

- Certaines ne présenteront aucun symptôme.
- D'autres présenteront des symptômes et des affections mineures. Les signes et symptômes deviennent de plus en plus sérieux à mesure que le système immunitaire s'affaiblit : fièvre et

toux persistante (plus d'un mois) – perte de poids – diarrhée persistante – fatigue inexpliquée et prolongée – sudation nocturne – ganglions au cou, aux aisselles ou aux aines.

- D'autres, enfin, présenteront des symptômes et des affections majeures correspondant à la forme sévère de l'infection au VIH appelée sida : infections opportunistes (par exemple : certains types de pneumonie), néoplasies ou cancers (sarcome de KAPOSI, lymphomes) ¹.

Selon les données actuelles, jusqu'à treize ans peuvent s'écouler avant qu'une personne infectée par le VIH ne développe le VIH-sida ².

— LE DIAGNOSTIC

Un test positif confirme la présence d'anticorps, ce qui signifie que la personne est porteuse du virus, c'est-à-dire qu'elle est séropositive. Pour que le test soit valide, il faut attendre un minimum de trois mois après un risque d'exposition au VIH avant de le passer. La majorité des personnes infectées (99 %) auront un test positif après six mois.

Il est important de savoir qu'une personne infectée récemment par le VIH (moins de trois mois) et dont le test pourrait s'avérer faussement négatif peut transmettre le virus.

Aucun test ne permet à lui seul de diagnostiquer le VIH-sida : le diagnostic repose sur un ensemble de signes, de symptômes et d'examens de laboratoire ¹.

— LE TRAITEMENT

Actuellement, il n'y a aucun traitement efficace pour guérir cette maladie. Les soins médicaux peuvent contrôler certaines infections qui peuvent se développer, sans toutefois guérir l'infection à VIH elle-même ³.

— LES COMPLICATIONS POSSIBLES

À ce jour, environ 50 % des personnes séropositives vont développer le VIH-sida dans 10-12 années suivant le début de l'infection ¹⁰. Il n'existe pas de traitement pour guérir cette maladie ni de vaccin pour la prévenir, le VIH-sida s'avère donc une maladie mortelle.

Les autres MTS

Les VAGINITES et URÉTRITES font partie des MTS fréquemment transmises par contacts sexuels, mais non de façon exclusive.

Plusieurs bactéries composent la flore microbienne normale de la région génitale. À l'occasion, certaines bactéries deviennent plus abondantes causant ainsi une infection. C'est le cas pour la vaginite à *gardnerella*, de la vaginite et de la balanite à *candida*. Toutes ces infections peuvent être également transmises par contacts sexuels et c'est là un mode fréquent de transmission. La vaginite à *trichomonas* se transmet, quant à elle, exclusivement par contacts sexuels ².

Une vaginite se signale chez la femme par la présence d'un ou plusieurs des symptômes suivants : irritation, démangeaisons, odeurs inhabituelles, pertes vaginales anormales ¹.

Le diagnostic de ces infections s'établit par examen médical et examen des sécrétions au besoin. La vaginite à *trichomonas* et la vaginite à *gardnerella* se traitent par des antibiotiques spécifiques. La vaginite à *candida* se traite à l'aide de médicaments anti-fongiques sous forme de crème ou d'ovules intravaginaux ¹.

Enfin, mentionnons que la GALE ou les MORPIONS (poux pubiens) s'attrapent en ayant un contact direct, sexuel ou non, avec une personne infectée. Les *morpions* et la *gale* s'attrapent aussi au contact de draps, de serviettes ou de vêtements contaminés. Le traitement de ces maladies consiste en l'application de produits médicamenteux appropriés (shampoing, crème) et la désinfection des draps, serviettes et vêtements contaminés. À part les démangeaisons désagréables qu'elles occasionnent, ces maladies ne présentent aucune complication particulière ⁸.

Bibliographie

1. Université Laval et Berlex Canada Inc. (1991). *Les maladies d'amour*. Québec.
2. Québec (1987). *Guide d'accompagnement pour le vidéo "Il vous reste une demi-heure"*.
3. M.S.S.S. (1989). *Sexualité et MTS – Parlons-en*. Québec.
4. M.S.S.S. (1987). *Êtes-vous actif sexuellement ? Pas besoin d'en faire une maladie*. Québec.
5. ORTHO PHARMACEUTIQUE CANADA (1987). *Mieux comprendre le VIH-sida et les autres maladies transmissibles sexuellement*.
6. M.S.S.S. et SMITH KLINE BEECHAM PHARMA . *Prévenez l'hépatite B*. Québec.
7. M.S.S.S. (1987). *Ce qu'on n'a jamais osé demander sur le VIH-sida*. Québec.
8. M.S.S.S. et C.Q.C.S. *MTS, mieux les connaître pour mieux les éviter...* Québec.
9. M.S.S.S. et C.Q.C.S. (1993). *La question de l'accessibilité au condom pour les jeunes – document d'information réalisé à partir d'expériences vécues en milieu scolaire*. Québec.
10. M.S.S.S. et C.Q.C.S. (1994). *Programme de formation "Jeunes en difficulté et prévention du VIH-sida – Sortir des sentiers battus" – Guide du participant*.

Une façon de vivre : des précautions d'hygiène partout ... tous les jours... !

Sylvie Venne, médecin

Sans aborder le thème de la prochaine rencontre, qui porte sur la prévention des MTS, nous terminons et complétons cet exposé sur les différentes MTS, en touchant un mot à propos de comportements forts simples, qu'il nous est possible d'adopter pour nous protéger de différentes maladies contagieuses ou transmissibles. La plupart de ces recommandations concernent des gestes quotidiens que vous effectuez déjà, nous voulons ici expliquer leur raison d'être et encourager leur application plus régulière. Il convient d'abord de souligner que l'application des mesures d'hygiène concerne tout le monde, enfants, adolescents et adultes.

— LA BASE...

- La règle d'or, la plus simple et la plus efficace, consiste à se laver les mains souvent, les mains étant de très bons véhicules pour les microbes. On dit souvent que *« les dix causes les plus fréquentes des infections sont nos dix doigts »*. De façon minimale, il est approprié de se laver les mains avant de manger et après être allé à la salle de bain. Il est aussi essentiel de se laver les mains après avoir été exposé à un liquide biologique. Cette mesure aide à prévenir toutes sortes d'infections dont voici quelques exemples. Les mains contaminées avec de la salive ou des sécrétions nasales peuvent permettre la transmission d'infections respiratoires (exemples : rhume, grippe, rougeole) ; les mains contaminées par des selles après avoir été à la salle de bain peuvent transmettre des infections entériques (exemple : gastro-entérite). Certaines infections (exemples : hépatite B, hépatite C, infection causée par le virus du VIH-sida) peuvent être transmises par le sang d'une personne infectée, s'il entre en contact avec une plaie cutanée ou une muqueuse d'une autre personne ; les mains contaminées par du sang doivent donc être lavées. Les sécrétions génitales (sperme, sécrétion vaginales) peuvent transmettre des M.T.S. (gonorrhée, chlamydia, hépatite B, infection causée par le VIH-sida) par contact avec une muqueuse (bouche, organes génitaux).

Se laver les mains immédiatement après un contact avec un liquide biologique aide à prévenir le risque d'infection. On peut aussi essayer d'éviter de tels contacts en portant des gants

lorsqu'il faut manipuler des liquides biologiques directement ou par l'entremise d'objets souillés. Le port de gants ne remplace pas le lavage de mains. Les mains doivent être lavées après que les gants aient été enlevés.

— **PARTAGER... OUI, MAIS PAS TOUT, TOUT, TOUT...**

Le partage est souvent une façon de montrer qu'on s'aime, qu'on se fait confiance. Le partage fait appel à des valeurs, des symboles qui sont bien ancrés dans notre façon de vivre. Chez les adolescents, le partage de vêtements, de cigarettes et d'à peu près n'importe quoi est largement répandu, surtout dans le contexte de la famille et des amis proches. Comme dans d'autres secteurs, il convient de rappeler que « *la modération a bien meilleur goût* ». En prenant conscience de certaines conséquences possibles du partage, il sera peut-être plus facile d'agir avec discernement.

— **PAR EXEMPLE, PARTAGER...**

- Un peigne, une tuque, pourraient transmettre des poux, de la teigne.
- Un article de maquillage pourrait transmettre une infection aux yeux ou à la peau.
- Des souliers pourraient transmettre des verrues plantaires.
- Une brosse à dents pourrait transmettre des maladies respiratoires et des maladies entériques. De plus, comme il y a souvent un peu de saignement lors de brossage de dents, le partage de brosses à dents pourrait aussi transmettre des maladies transmissibles par le sang comme l'hépatite B ou l'hépatite C et, théoriquement, l'infection au virus du VIH-sida.
- Une cigarette, boire dans le même verre, pourraient transmettre des maladies respiratoires et des infections cutanées comme le fameux « feu sauvage » causé par l'herpès buccal.

— LES PRÉCAUTIONS UNIVERSELLES... MESURES D'HYGIÈNE DES TEMPS MODERNES ?

Les précautions universelles sont des mesures d'hygiène qui ont été décrites en 1987 pour aider à prévenir les maladies transmises par le sang dans le contexte de la découverte du virus du VIH-sida. Mais, il n'y a rien de nouveau sous le soleil. En effet, il y a toujours eu et il y aura toujours des maladies qui peuvent se transmettre par le sang donc, il y a toujours eu et il y aura toujours des précautions à prendre dans la manipulation du sang et des objets contaminés par du sang. Compte tenu que, sans le savoir, une personne peut avoir dans son sang un microbe transmissible comme le virus de l'hépatite B ou celui du VIH-sida, il est recommandé de prendre des précautions avec tout le monde. C'est pourquoi les mesures recommandées pour prévenir les maladies transmissibles par le sang sont appelées « universelles ».

En plus de se laver les mains, si on a été exposé à du sang, les précautions universelles ajoutent d'autres mesures pour diminuer le risque de contracter une maladie transmissible par le sang comme l'hépatite B, l'hépatite C ou l'infection causée par le virus du VIH-sida.

1. Porter des gants pour manipuler du sang ou des objets souillés par du sang.

Cette mesure est particulièrement importante lorsque les mains présentent des plaies récentes (coupures, égratignures qui ont saigné récemment) ou une dermatite importante (exemple : eczéma). En effet, si la peau saine est une excellente barrière contre les microbes, une peau endommagée devient une porte d'entrée au système sanguin. Plusieurs types de gants peuvent être utilisés. Il est préférable d'utiliser des gants jetables, par exemple en vinyle, qui sont facilement disponibles. Dans certaines situations, comme pour le nettoyage ou la désinfection, des gants de caoutchouc sont aussi acceptables, s'ils sont en bon état (non craquelés ou fendillés). Encore une fois, rappelons que le port de gants ne remplace pas le lavage de mains qui demeure recommandé dès que les gants sont enlevés.

2. Appliquer des pansements sur les plaies cutanées. Cette mesure permet de couvrir les portes d'entrée aux microbes.

3. **Nettoyer et désinfecter** toutes les surfaces contaminées par du sang ou d'autres liquides biologiques mêlé à du sang. La même procédure peut être appliquée pour les autres liquides biologiques pour diminuer le risque des autres infections.

Pour effectuer le nettoyage et la désinfection, il est recommandé de porter des gants pour éviter un contact direct avec les mains. Après avoir procédé au nettoyage, la désinfection peut s'effectuer simplement avec une solution d'eau de Javel appliquée pendant trente secondes puis essuyée. La solution d'eau de Javel peut être efficace même si elle est diluée : de l'eau de Javel commerciale (5,25 %) diluée à 1:100 (solutions se conserve 24 heures) ou à 1:10 (solution se conserve au moins une semaine) peut être utilisée comme désinfectant. À la fin du processus, si des gants de caoutchouc non jetables ont été utilisés, ils devront être désinfectés avant d'être rangés.

4. **Manipuler de façon sécuritaire** tout objet pointu (exemple : aiguille) ou tranchant (exemples : canif, ciseaux) qui pourrait être souillé par du sang.

La manipulation sécuritaire implique d'éviter de toucher directement un objet ou instrument contaminé par du sang. Par exemple, il est préférable de ramasser une aiguille souillée avec une pince, du verre brisé avec une pelle, etc. L'objet en question pourra ensuite être déposé dans un contenant incassable avant d'être jeté et, non pas mis directement dans un sac à ordures. Cette mesure permet d'éviter de se blesser ensuite en manipulant le sac à ordures. Si l'objet tranchant n'est pas jetable, il devra alors être désinfecté avant d'être réutilisé.

Les précautions universelles visent ainsi à éviter que le sang d'une personne potentiellement infectée pénètre à travers la peau (par coupure, piqûres ou contact sur une peau endommagée) ou éclabousse dans les muqueuses (yeux, nez ou bouche) d'une autre personne. Ce type de contact peut en effet poser un risque de transmission d'infections comme l'hépatite B, l'hépatite C ou l'infection causée par le virus du VIH- sida. Cependant, le degré de ce risque est relativement faible et ne justifierait pas, par exemple, de refuser de secourir une personne blessée parce qu'on n'a pas de gants.

— ET SI JAMAIS...

...Un accident survenait ? Malgré l'application de toutes ces recommandations, il pourrait arriver que du sang d'une autre personne pénètre à travers notre peau ou éclabousse nos muqueuses. Une telle situation survient très rarement dans la vie de tous les jours et n'y a pas de raison de paniquer pour trois raisons :

- Premièrement, la majorité du temps, le sang de cette personne ne contiendra pas le virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou du sida, car ces infections ne sont pas très fréquentes.
- Deuxièmement, même si le sang contient un virus transmissible, le risque de transmission est habituellement assez faible.
- Troisièmement, des mesures additionnelles (exemples : vaccins, médicaments) peuvent être appliquées pour diminuer le risque de transmission en cas d'exposition significative au sang d'une personne infectée. Dans un tel cas, une consultation médicale rapide (dans la même journée) permettra d'évaluer la situation et de prendre les mesures qui s'imposent.

En guise de conclusion

Tout effort de prévention requiert de conscientiser tous et chacun non seulement aux conséquences éventuelles de certaines situations, mais aussi aux diverses avenues qui sont possibles pour en limiter le risque. De plus, une telle conscientisation est un prérequis à la responsabilisation de chacun d'entre nous face à notre santé et à celle des autres. Soulignons entre autres :

- Que dans le cas de plusieurs infections, incluant la majorité des MTS, **une personne peut être atteinte sans présenter de symptômes**, et donc pouvoir transmettre une infection sans même le savoir.
- Que les différents liquides biologiques peuvent transmettre différentes infections ; les infections n'ont pas toutes les mêmes façons de se transmettre. Une infection comme la grippe peut se

transmettre par la salive et les sécrétions nasales, d'autres comme l'infection causée par le VIH-sida, ne se transmettent pas de cette façon.

- Que des mesures simples permettent de réduire considérablement le risque de contracter ces infections.

Annexe 1

Comment se procurer le jeu de bingo S.O.S.—MTS Jeu éducatif et préventif (1992)

Les coordonnées requises afin de se procurer l'outil d'animation S.O.S.—MTS sont les suivantes :

S.O.S. MTS

a/s de madame MURIELLE ALBERT, infirmière

Case postale 57081

Centre Maxi

Longueuil (Québec)

J4L 4T6

Téléphone : (514) 678-3560, local 320

Télécopie : (514) 678-3240

Annexe 2

Mieux connaître les MTS

M.T.S. LES PLUS CONNUES	COMMENT ÇA S'ATTRAPE?	COMMENT S'EN APERCEVOIR?	COMMENT ON LA SOIGNE?
 CHLAMYDIA	• Par contact sexuel¹ avec une personne qui a la maladie. • Lors de l'accouchement, le bébé peut l'attraper si la mère a la maladie.	• Souvent, il n'y a aucun signe. S'il y en a: pertes vaginales, écoulement anormal par le pénis, douleur en urinant, douleur dans le bas-ventre, douleur lors de relations sexuelles. • On peut aussi être atteint au niveau de l'anus et de la gorge.	• Antibiotiques prescrits par le médecin. Poursuivre le traitement jusqu'au bout même si les signes ont disparu. • Éviter les relations sexuelles pendant le traitement. - N.B.: Ces deux maladies se traitent avec des antibiotiques différents.
 GONORRÉE (« dose », « chaude - pissée », « gono », ...)			
 CONDYLOMES (verrues vénériennes ou génitales, crêtes de coq, ...)	• Par contact sexuel¹ avec une personne qui a la maladie.	• Petites bosses (qui ressemblent à des verrues ou à des crêtes de coq) sur les organes génitaux, à l'anus, parfois à l'intérieur de la bouche. • Habituellement sans douleur. • Parfois, irritations et démangeaisons.	• Consulter un médecin qui les traitera selon leur gravité. • Le traitement est souvent très long et nécessite beaucoup de patience et de constance, car ils sont tenaces.
 HERPÈS GÉNITAL	• Par contact sexuel¹ avec une personne qui a la maladie. • Lors de l'accouchement, le bébé peut l'attraper si la mère a la maladie.	• Cloques d'eau douloureuses sur les organes génitaux et l'anus. (Parfois à l'intérieur du vagin). • Sensation de brûlure en urinant. • Pertes vaginales. • Parfois, écoulement anormal par le pénis. • Fièvre, courbatures et maux de tête.	• Actuellement pas de traitement efficace pour guérir définitivement cette maladie. • Des poussées ou crises d'herpès peuvent se produire périodiquement. • Certains médicaments peuvent soulager les symptômes. • Éviter les relations sexuelles pendant toute la durée de la crise.
 SYPHILIS	• Par contact sexuel¹ avec une personne qui a la maladie. • Par contact de sang à sang avec une personne qui a la maladie. • Lors de la grossesse ou de l'accouchement, le bébé peut l'attraper si la mère a la maladie.	• Ulcères non douloureux (au niveau de la bouche, de la gorge, des organes génitaux et de l'anus) qui disparaissent, mais la maladie continue. • Plus tard, apparition de rougeurs (accompagnées ou non d'autres signes) qui disparaissent, mais la maladie continue. • Complications: très sérieuses à long terme si non traitée.	• Antibiotiques prescrits par le médecin. • Poursuivre le traitement jusqu'au bout même si les signes ont disparu. • Éviter les relations sexuelles pendant le traitement.
 HÉPATITE B	• Par contact des organes génitaux ou d'une plaie avec: le sang, la salive, le sperme, les sécrétions vaginales d'une personne porteuse du virus. • Par contact sang à sang (ex.: seringues contaminées). • Lors de l'accouchement, le bébé peut l'attraper si la mère a la maladie.	• Fatigue • Fièvre • Douleur dans le ventre • Perte d'appétit • Parfois, maux de cœur, vomissements, jaunisse. - N.B.: Certaines personnes ne développeront pas la maladie même si elles ont le virus: elles sont « porteuses ». Cependant, ces personnes peuvent transmettre le virus.	• Cette maladie ne se guérit pas avec des médicaments: il faut se faire suivre par un médecin, se reposer, avoir une bonne alimentation, éviter les drogues et l'alcool.
 SIDA (syndrome d'immuno-déficience acquise)	• Par contact des organes génitaux ou d'une plaie avec: le sang, le sperme, les sécrétions vaginales d'une personne porteuse du virus. • Par contact sang à sang (ex.: seringues contaminées). • Lors de la grossesse ou de l'accouchement, le bébé peut l'attraper si la mère a la maladie.	Les premiers signes sont: • Transpiration abondante la nuit • Grande fatigue • Perte de poids importante • Ganglions enflés au cou, aux aisselles, à l'aîne. • Diarrhée, fièvre ou toux persistantes. Par la suite, manifestations plus graves: • Pneumonie • Certains types de cancer • Etc. N.B.: Certaines personnes n'ont pas développé la maladie même si elles ont le virus: elles sont « porteuses ». Ces personnes peuvent transmettre le virus.	• Actuellement, il n'y a aucun traitement efficace pour guérir cette maladie. • Les soins médicaux peuvent contrôler certaines infections qui peuvent se développer, sans toutefois guérir le SIDA.

1 CONTACT SEXUEL: contact - des organes génitaux - de l'anus - de la bouche avec les organes génitaux, l'anus ou la bouche du partenaire.

Mieux connaître les MTS

COMMENT ÉVITER QUE LA MALADIE SE PROPAGE?	COMMENT SE PROTÉGER	COMMENTAIRES
• Avertir les partenaires sexuels pour qu'ils consultent un médecin, même s'ils n'ont pas de signes.	• Abstinence • Avoir des pratiques sexuelles sans risques? • Utiliser le condom en latex de façon adéquate. • Limiter le nombre de partenaires. • Être prudent dans le choix du partenaire. • Passer des examens de dépistage régulièrement si on est une personne - à risque -. ³ • Consulter un médecin si le partenaire a la maladie.	• La chlamydia est beaucoup plus fréquente (trois à quatre fois) que la gonorrhée. • Ces maladies se retrouvent surtout chez les 15-30 ans. • Ces maladies peuvent rester silencieuses pendant plusieurs années. • La stérilité (impossibilité d'avoir des enfants) est la principale complication de ces maladies.
• Avertir les partenaires sexuels pour qu'ils consultent un médecin, même s'ils n'ont pas de signes.	• Abstinence • Avoir des pratiques sexuelles sans risques? • Utiliser le condom en latex de façon adéquate. • Limiter le nombre de partenaires. • Être prudent dans le choix du partenaire. • Examiner les organes génitaux du partenaire. • Passer des examens de dépistage régulièrement si on est une personne - à risque -. ³ • Consulter un médecin si le partenaire a la maladie.	• Cette maladie serait une des MTS les plus répandues. • Cette maladie peut habituellement se voir. • Examiner régulièrement ses organes génitaux permet de s'apercevoir plus rapidement de la maladie.
• Avertir les partenaires sexuels pour qu'ils consultent un médecin, même s'ils n'ont pas de signes.	• Abstinence • Avoir des pratiques sexuelles sans risques? • Utiliser le condom en latex de façon adéquate. • Limiter le nombre de partenaires. • Être prudent dans le choix du partenaire. • Passer des examens de dépistage régulièrement si on est une personne - à risque -. ³ • Consulter un médecin si le partenaire a la maladie.	• Cette maladie peut habituellement se voir. • Examiner régulièrement ses organes génitaux permet de s'apercevoir plus rapidement de la maladie.
• Avertir les partenaires sexuels pour qu'ils consultent un médecin, même s'ils n'ont pas de signes.	• Abstinence • Avoir des pratiques sexuelles sans risques? • Utiliser le condom en latex de façon adéquate. • Limiter le nombre de partenaires. • Être prudent dans le choix du partenaire. • Passer des examens de dépistage régulièrement si on est une personne - à risque -. ³ • Consulter un médecin si le partenaire a la maladie.	• Contrairement à ce que l'on croit, cette maladie est toujours présente de nos jours. • Même si les signes disparaissent, la personne reste contagieuse si elle n'est pas traitée.
• Avertir les partenaires sexuels pour qu'ils consultent un médecin, même s'ils n'ont pas de signes.	• Abstinence • Avoir des pratiques sexuelles sans risques? • Utiliser le condom en latex de façon adéquate. • Limiter le nombre de partenaires. • Être prudent dans le choix du partenaire. • Passer des examens de dépistage régulièrement si on est une personne - à risque -. ³ • Consulter un médecin si le partenaire a la maladie.	• Cette maladie est parfois appelée jaunisse, comme toute maladie du foie. • Cette maladie peut être prévenue par un vaccin. (le vaccin est conseillé aux personnes - à risque -).
• Avertir les partenaires sexuels pour qu'ils consultent un médecin, même s'ils n'ont pas de signes.	• Abstinence • Avoir des pratiques sexuelles sans risques? • Utiliser le condom en latex de façon adéquate. • Limiter le nombre de partenaires. • Être prudent dans le choix du partenaire. • Consulter un médecin si le partenaire a la maladie.	• Au début des années 1990, on dénombrait plus de 1100 cas de SIDA au Québec. • Le plus grand nombre de gens atteints se retrouve parmi les 20-47 ans. • Le virus peut contaminer autant les femmes que les hommes, quelle que soit leur orientation sexuelle. • Il n'y a aucun risque d'attraper le virus du sida simplement en côtoyant ou en vivant avec une personne qui a la maladie.

2 **PRATIQUES SEXUELLES SANS RISQUES**: étreintes, caresses - baisers sans échange de salive - baisers sur le corps sauf sur les organes génitaux et à condition qu'il n'y ait aucune plaie sur la peau - masturbation personnelle ou réciproque - massage - objets érotiques à usage exclusif.

3 **PERSONNE - À RISQUE** -: personne qui a un contact sexuel avec: - un nouveau partenaire - plusieurs partenaires - un partenaire qui a plusieurs partenaires - un partenaire dont elle ne connaît pas la vie sexuelle.

Annexe 3

Les mesures d'hygiène de base et de précautions



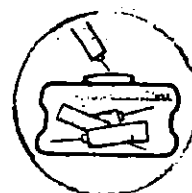
Lavez-vous les mains à l'eau et au savon avant et après avoir dispensé des soins.



Il n'est pas nécessaire de porter continuellement des gants de latex ou de caoutchouc. Nous vous recommandons de le faire lorsque vous devez entrer en contact avec du sang, des liquides biologiques teintés de sang, des sécrétions sexuelles ou des écoulements de plaies.



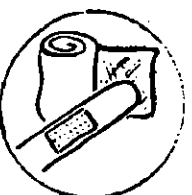
Comme les autres liquides biologiques peuvent aussi contenir des agents pathogènes, portez également des gants si vous devez entrer en contact avec de l'urine, des selles ou de la vomissure.



N'oubliez pas de toujours vous laver les mains après avoir été en contact avec du sang ou un autre liquide biologique immédiatement après avoir enlevé vos gants.



Manipulez les seringues avec soin. Ne remettez pas les capuchons sur les aiguilles et n'enlevez pas les aiguilles des seringues. Jetez les aiguilles et les seringues dans des contenants résistant aux perforations. Placez-les hors d'atteinte des enfants et des visiteurs.



Nettoyez toute éclaboussure de sang ou de liquides biologiques avec une solution d'eau de javel (5 %) diluée à 1/100.

Si votre peau ou celle de la personne vivant avec le sida est coupée, éraflée ou ulcérée, appliquez-y un pansement.

Fiche technique — Module 4

Durée : 3 heures

Thème : Les MTS /VIH-SIDA : Les moyens de prévention

Objectifs spécifiques

Améliorer l'habileté des parents d'accueil :

1. À discuter de sexualité préventive avec les jeunes qui leur sont confiés en placement.
2. À transmettre aux jeunes, au besoin, de l'information sur les moyens de prévenir les MTS / VIH-SIDA.

Activités pédagogiques

1. Accueil.
2. Présentation : impacts du fait que les MTS sont généralement asymptomatiques.
3. Présentation : parler de sexualité préventive avec les adolescents.
4. Exercice de mise en situation.
5. Présentation : pratiques sexuelles et risques de contracter une MTS ou le VIH-sida.
6. Présentation : les facteurs additionnels de risque.
7. Présentation : à propos du condom et des jeunes.
8. Visionnement d'un vidéo.
9. Discussion semi-dirigée.
10. Démonstration de l'utilisation d'un condom.
11. Remise de la documentation et suggestion d'exercices à accomplir.
12. Fermeture de la rencontre.

Matériel requis

- Tableau et craies (ou l'équivalent).
- Vidéo : « Sur le bord de l'amour, il y a deux trottoirs », téléviseur, magnétoscope.
- Démonstrateur pour illustration de l'utilisation d'un condom, condoms pour distribuer aux parents d'accueil.
- Documentation à remettre si désiré : annexes 3, 4, 5, 7, 8.

Indices pour l'évaluation

- Participation et intérêt des parents d'accueil : verbalisation, questions, échanges et interactions.

Ressources humaines

- L'animatrice de la rencontre (et de toute la session).
- Une personne-ressource pour le volet « prévention ».

Mots — Outils

- ☞ ÉCOUTE ACTIVE DES JEUNES
- ☞ PERSÉVÉRANCE
- ☞ SÉCURISEXE
- ☞ SEXUALITÉ ET DROGUE

Déroulement de la rencontre

1. Accueil

- L'animatrice présente le thème et le contenu de la rencontre après avoir effectué un bref retour sur le contenu du module précédent. Les commentaires des parents complètent l'introduction au module de formation.
-

2. Présentation : impacts du fait que les MTS soient généralement asymptomatiques

- La personne-ressource rappelle que suite à la précédente rencontre qui portait sur les différentes MTS, une des conclusions importantes à retenir est le fait que la plupart des MTS soit très souvent asymptomatiques. Cette constatation n'est pas sans conséquences.
 1. D'une part, seule une consultation médicale permet de dépister la présence d'une MTS chez une personne apparemment en bonne santé, sans signe ou symptôme particulier. Ce dépistage est possible en autant qu'une personne en fait la demande : l'examen spécifique pour MTS n'est pas effectué automatiquement au cours de l'examen médical régulier ou de l'examen gynécologique de routine.
- En s'inspirant du texte proposé à l'annexe 1 (module 4 – p. 102–107), la personne-ressource présente les étapes de l'examen spécifique pour MTS au cours d'une consultation médicale, lequel diffère selon le sexe de la personne qui consulte et peut occasionner un certain inconfort autant chez les hommes que chez les femmes.
- La personne-ressource répond aux interrogations soulevées par cet exposé.
 2. D'autre part, dans le contexte d'une relation amoureuse, les adolescents s'accordent a priori une confiance mutuelle quasi aveugle. Il n'est pas surprenant d'observer que les adolescents sont convaincus du fait que leur partenaire amoureux n'a pas de MTS, comme le démontre une récente étude (Oris, 1992) menée auprès d'adolescents fréquentant des organismes communautaires de la Rive-sud de Montréal.

Compte tenu de cette confiance absolue, il est particulièrement important de rappeler aux adolescents que les MTS sont souvent asymptomatiques. Leur partenaire ne sait peut-être pas qu'il est infecté s'il n'a pas subi de tests de dépistage pour les MTS et le VIH-sida. Un partenaire qui ignore qu'il est infecté peut transmettre une MTS à son insu. Face aux MTS et au VIH-sida, la confiance aveugle envers l'autre n'est d'aucun secours.

10 minutes

3. *Présentation : Parler de sexualité préventive avec les adolescents*

- La personne-ressource introduit les enjeux reliés au fait de parler de sexualité préventive avec les adolescents en s'inspirant du texte « *Parler de sexualité préventive avec les adolescents* » (module 4 – pp. 95–97).

10 minutes

4. *Exercice de mise en situation*

- L'exercice suivant est suggéré par J. ROBERT (1989), dans le volume « *Parlez-leur d'amour... Accompagnez vos enfants et adolescents dans la découverte de leur sexualité* » paru aux Éditions de l'Homme.
- La personne-ressource propose aux personnes participantes la mise en situation suivante :

Vous rentrez à la maison à l'improviste et vous tombez sur votre fils ou votre fille de quatorze ans en train de visionner un film porno avec des amis. Comment réagissez-vous ? (Il pourrait s'agir de la même façon d'un ou d'une jeune en placement chez vous).

- Les parents d'accueil sont invités à exprimer et partager quelles seraient leurs réactions dans cette situation ou encore quelles ont déjà été leurs réactions dans une situation semblable.

Au besoin, pour stimuler ou compléter la discussion, la personne-ressource peut suggérer certaines réactions-type comme par exemple :

- *Est-ce que vous criez au scandale et vous vous ruez sur la manette de commande à distance pour éjecter la cassette ?*
- *Est-ce que vous faites comme si vous n'aviez rien vu et vous vous éloignez sur la pointe des pieds ?*
- *Est-ce que vous vous joignez carrément à eux ?*
- L'exercice illustre le fait que toutes les occasions sont bonnes pour amorcer une discussion au sujet de la vie amoureuse et sexuelle : quelles sont les valeurs véhiculées par ces films pornos et en quoi leur contenu est-il représentatif de la « vraie vie » ? Ces films semblent-ils faire la promotion de comportements sexuels sains et sécuritaires ?
- Bien sûr, l'option consistant à se joindre aux jeunes et à discuter avec eux n'est pas des plus faciles, mais c'est la plus appropriée dans une perspective d'établir une communication ouverte avec les jeunes.
- En terminant, l'exercice, la personne-ressource demande aux parents d'accueil quels seraient, à leur avis, des moyens ou occasions favorables pour amorcer une discussion au sujet de la sexualité préventive avec les adolescents. Ont-ils déjà essayé ces moyens ou ont-ils l'intention d'en faire l'essai. Elle recueille leurs suggestions qu'elle complète au besoin par des exemples :
 - *Le visionnement de films (séquences traitant de relations amoureuses et sexuelles).*
 - *L'écoute d'émissions de télévision qui s'adressent aux jeunes (Chambres en ville, Zap, Watatatow, etc.)*
 - *La discussion à partir d'articles de journaux, de revues, de faits divers, de publicité, etc.*
- En somme, si l'on veut amener les jeunes à adopter des comportements sexuels sains et responsables, il faut saisir toutes les occasions qui s'offrent de discuter avec eux et en créer si nécessaire. Ce n'est qu'une fois la communication bien amorcée et établie, que la confiance ainsi créée permettra peu à peu d'aborder avec les jeunes le domaine des pratiques sexuelles plus ou moins risquées, dans la mesure où les jeunes abordent le sujet ou demandent conseil à ce propos.

10 minutes

5. Présentation : pratiques sexuelles et risque de contracter une MTS ou le VIH-sida

- La personne-ressource introduit l'exposé en s'inspirant du texte de l'annexe 2 (module 4 – p. 108).
- La personne-ressource enchaîne en demandant aux parents d'accueil quels sont, à leur avis : des pratiques ou comportements sexuels qui ne présentent **aucun risque**, ceux qui présentent un **très faible risque**, ceux qui présentent un **faible risque**, et ceux qui présentent un **risque élevé**, face à la transmission des MTS et du VIH-sida.

Les différentes catégories de risque AUCUN – TRÈS FAIBLE – FAIBLE – ÉLEVÉ sont inscrites au tableau.

L'annexe 3 (module 4 – pp. 109–111) présente un résumé concernant « *le sexe à moindre risque* ».

- La personne-ressource inscrit les réponses au tableau selon la catégorie correspondante de risque. Elle s'assure de nuancer ou corriger ces réponses de façon à transmettre une information juste et adéquate. Elle complète le tableau en ajoutant les comportements sexuels non mentionnés par les personnes participantes. Elle clarifie les interrogations. Elle mentionne les expressions communément employées par les jeunes pour désigner les diverses pratiques sexuelles. Elle souligne que les risques peuvent varier selon qu'il s'agisse du VIH-sida ou d'autres MTS.
- Enfin, elle mentionne que le résumé-synthèse des risques associés aux comportements sexuels leur sera remis à la fin de la rencontre (module 4 – annexe 3 – pp. 109–111).

15 minutes

6. Présentation : les facteurs additionnels de risque

- En complément aux échanges et à l'exposé précédents, la personne-ressource présente des facteurs additionnels de risque à l'égard des MTS / VIH-sida : partenaires et expositions multiples, utilisation de drogues injectables, l'alcool et les drogues comme facteurs diminuant le pouvoir de décision, et les plaies ouvertes, lésions et MTS (voir module 4 – annexe 4 – pp. 112–113).

- Une attention particulière doit être accordée aux facteurs de risque que sont l'alcool et les drogues ainsi que les drogues par injection. L'ampleur de l'usage de l'alcool et des drogues chez les jeunes peut être esquissée.

« Des études récentes sur les habitudes de consommation des jeunes nous montrent qu'avant la fin de leur secondaire, la majorité ont déjà consommé au moins une fois des drogues illégales. Ainsi, le rapport d'étude "les habitudes de vie des élèves du secondaire" (MEQ, 1991, p. 2) précise :

En secondaires I et II, la majorité des jeunes ne consomment pas d'alcool, alors qu'entre le secondaire III et V, plus de la moitié en consomment, le plus souvent, d'une à deux fois par mois. Le pourcentage de jeunes qui ont déjà essayé la drogue est de moins de 5 % en secondaire I, par rapport à près de 30 % en secondaire V, la hausse étant de 5 % à 6 % à chaque passage d'une classe à l'autre. »

R. TREMBLAY • A. WENER, 1994, p. 72.

Programme de formation à l'intervention de première ligne auprès de jeunes que la consommation d'alcool ou de drogues met en situation de risques

De façon générale, selon *Santé Québec* (1991), les jeunes de 15–17 ans rapportent boire en moyenne quatre consommations alcoolisées par semaine, et la consommation des répondants masculins est deux fois plus élevée que celle des filles.

- Quant au facteur de risque particulier que constitue l'utilisation de drogues par injection, la personne-ressource présente un bref exposé sur la nature des risques associés au partage d'aiguilles et de seringues infectées (voir module 4 – annexe 5 – pp. 114–117).

Les textes des annexes 4 et 5 (voir module 4 – pp. 112–117) devront être remis aux parents à la fin de la rencontre.

De plus, la personne-ressource présente les principaux résultats d'une étude portant sur des jeunes utilisateurs de drogues injectables (UDI), dont notamment le taux d'utilisation du condom et de pratique d'échange de seringues (voir module 4 – annexe 6 – p. 118).

- La **personne-ressource** répond aux interrogations des parents d'accueil et mentionne qu'ils auront la possibilité de revoir le sujet à l'aide des documents qui leur sont remis.

15 minutes

7. Présentation : À propos du condom et des jeunes

- Après avoir abordé les risques de contracter une MTS ou le VIH-sida associés aux pratiques sexuelles et les facteurs de risque additionnels, de quel élément incontournable sommes-nous maintenant appelés à parler ? Du condom, bien-sûr !
- À partir du texte « *À propos du condom et des jeunes* » (module 4 — pp. 98-101), la **personne-ressource** présente les faits saillants concernant les habitudes d'utilisation du condom des jeunes de niveau secondaire et hors du milieu scolaire, ainsi que les opinions des jeunes face au condom. Elle en dégage des pistes utiles pour la promotion d'une sexualité saine et responsable chez les jeunes.

20 minutes

Pause

15 minutes

8. Visionnement d'un vidéo

- La **personne-ressource** présente le vidéo et mentionne qu'une discussion suivra.

Vidéo : **“Sur l' bord d' l'amour, y a deux trottoirs”**
VHS couleur, 37 minutes.

Production : **Département de Santé Communautaire de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme** en collaboration avec le C.Q.C.S.

Résumé du scénario : Le vidéo illustre le vécu amoureux et sexuel de jeunes à travers différents sketches à saveur humoristique. Il traite de la prévention des MTS et du VIH-sida, et aborde entre autres, les facteurs reliés à

la non-utilisation du condom chez les jeunes, les principales MTS, leur dépistage et traitement, et l'importance de la communication entre les partenaires amoureux.

40 minutes

9. Discussion suite au visionnement

- La **personne-ressource** suscite les commentaires des parents d'accueil. Les questions suivantes peuvent guider la réflexion et la discussion suite au visionnement.
 - À votre avis, quelles valeurs ce vidéo cherche-t-il à promouvoir chez les jeunes en matière de prévention des MTS et du VIH-sida ?
 - Que reprenez-vous de la vie amoureuse et sexuelle des jeunes qui est décrite ?
 - Si un ou une jeune vous confiait une difficulté semblable à celles présentées par le vidéo, quelles seraient vos réactions ? Quelle serait votre façon de l'aider ?

15 minutes

10. Activité : démonstration de l'utilisation d'un condom

- À partir des textes fournis à l'annexe 7 (module 4 – pp. 119-129), la **personne-ressource** résume les connaissances nécessaires préalables à la bonne utilisation d'un condom : matière de fabrication, formes, particularités, conservation, normes de fabrication, choix en fonction des besoins / préférences, caractéristiques particulières.
- Certains textes pourraient faire l'objet de présentation sur acétates ; si désiré, des copies pourront être remises aux participants et participantes.

- À l'aide d'un démonstrateur en forme de pénis (il est souhaitable de recourir à un démonstrateur du genre utilisé dans les facultés de médecine ou des sciences infirmières plutôt qu'à tout autre instrument), la **personne-ressource** fait la démonstration de la bonne utilisation d'un condom, en présentant les onze étapes successives pour ce faire, c'est-à-dire :

1. Vérifier la date d'expiration
2. Ouvrir le sachet
3. Sortir le condom
4. Enlever l'air au bout du condom
5. Placer le condom sur le gland
6. Dérouler le condom complètement
7. Pénétration
8. Éjaculation (facultative)
9. Retrait du pénis / retenir le condom
10. Enlever le condom
11. Jeter le condom à la poubelle (après l'avoir noué)

Ces étapes sont présentées dans : G. GIRARD • M. DUPONT (1990). Prévention intervention VIH-sida et autres MTS, cahier 4 — Utilisation du condom, p. 37.

- Des condoms sont remis aux parents d'accueil, et ceux et celles qui le désirent peuvent en faire la manipulation. Les parents d'accueil sont invités à apporter leurs commentaires suite à l'activité.

10 minutes

11. Remise de la documentation et suggestion d'exercices à accomplir

- La **personne-ressource** remet la documentation aux parents d'accueil, c'est-à-dire :
 - Annexe 3 Résumé d'information sur la sexualité à moindre risque
 - Annexe 4 Facteurs additionnels de risque
 - Annexe 5 Utilisation de drogues injectables et risques de transmission des MTS et du VIH-sida
 - Annexe 7 Cinq textes à propos du condom
 - Annexe 8 Trois exercices

- La documentation offre d'abord un support aux parents d'accueil qui désireraient revoir ou compléter les exposés présentés au cours de la rencontre. L'annexe 7 (module 4 – pp. 125–128) offre de plus une liste d'inconvénients réels ou présumés reliés à l'utilisation du condom ainsi que des suggestions de solutions. Enfin, l'annexe 8 (module 4 – pp. 130–135) propose trois exercices amusants portant sur les connaissances reliées aux MTS, au VIH-sida et au condom.
- Comme pour la documentation déjà remise, il est suggéré de la laisser à la portée des jeunes en placement qui peuvent en disposer librement pour leur usage personnel. De plus, cette documentation peut offrir des occasions d'initier ou de poursuivre, avec les jeunes, des discussions portant sur la sexualité préventive. Les parents d'accueil peuvent utiliser les condoms qui leur ont été remis pour transmettre de l'information aux jeunes sur les moyens de prévenir les MTS / VIH-sida. Documentation et condoms peuvent servir d'amorce à la communication dans la mesure où les parents d'accueil se sentent prêts et à l'aise de le faire et que les jeunes témoignent de l'intérêt, expriment ou démontrent le besoin de tels échanges.
- Les parents d'accueil sont particulièrement invités à porter attention, au cours de la semaine, aux questions qui pourraient surgir en parcourant la documentation ou autrement, afin de les partager à la prochaine rencontre qui sera la dernière de la formation.
- Enfin, la personne-ressource propose aux parents d'accueil d'effectuer un exercice au cours de la semaine à venir. Il s'agit de saisir une occasion ou d'utiliser un événement quelconque approprié, dans le but de parler de sexualité avec un ou des jeunes qui leur sont confiés en placement. Il peut s'agir d'une émission de télé, d'un film, de l'exécution des mots croisés sur les MTS / VIH-sida et le condom, ou de tout événement ou anecdote pertinent. Il s'agira de partager entre parents d'accueil par un retour sur l'exercice au début de la prochaine rencontre : 1 – concernant l'occasion utilisée et 2 – les résultats observés.

10 minutes

12. Fermeture de la rencontre

- L'animatrice et la personne-ressource recueillent l'évaluation verbale de la rencontre. Elles recherchent le degré de satisfaction et les commentaires des parents concernant :
 - Le contenu de la rencontre
 - L'approche pédagogique
 - La pertinence du vidéo
 - L'atteinte des objectifs des quatre premières rencontres de formation compte tenu des objectifs prévus au départ, etc.
- L'animatrice rappelle le thème et les coordonnées de la prochaine et dernière rencontre, ainsi que l'exercice qu'il leur est suggéré d'accomplir d'ici là.

10 minutes

Fin de la rencontre

Sujets pour l'évaluation conjointe de l'animatrice et de la personne-ressource suite à la rencontre

- La participation des parents.
- La perception de l'atteinte des objectifs de la rencontre.
- La satisfaction face à l'expérience de coanimation.

Remarque

Du fait que le contenu de cette quatrième rencontre est particulièrement chargé, il est possible que les coanimatrices estiment que le traitement d'un ou de certains volets de présentation gagnerait à être poursuivi davantage, ou encore que le traitement de certaines questions des parents d'accueil mériterait d'être approfondi. Si c'était le cas, il est possible d'ajuster le déroulement de la prochaine rencontre pour compléter de façon satisfaisante les points pour lesquels le temps disponible aurait été insuffisant au cours de la quatrième rencontre.

Parler de sexualité préventive avec les adolescents

GHISLAINE CHAGNON, psychologue

JOSÉE BROUSSEAU, éducatrice

Il faut admettre qu'il n'est pas facile de parler de sexualité en général ni de sexualité préventive avec les adolescents. Pourquoi ? En tant qu'adultes et individus, il faut s'avouer nos réticences, nos craintes et nos malaises à aborder ces sujets avec les adolescents.

Les adolescents connaissent aussi des réticences face aux discours des adultes tenus trop souvent *« sous une forme négative, s'opposant ou faisant contrepoids aux relations sexuelles précoces, à l'avortement, à la masturbation, parfois à l'éducation sexuelle elle-même »* (p. 43) ¹.

« La sexualité présentée aux jeunes souffre d'un dédoublement de personnalité. D'un côté, il y a la "bonne" sexualité, qui remplit les médias et ignore innocemment toutes les embûches au profit du romantisme et de l'érotisme complaisant. De l'autre côté, il y a la sexualité-danger, celle qui nourrit le discours de la prévention des risques sexuels et ignore les bienfaits du sexe. Pourtant, chaque adolescent doit apprendre à vivre une sexualité adaptée, en respectant son bonheur présent sans hypothéquer son avenir, en acceptant ses désirs de romantisme et de plaisir tout en reconnaissant les risques considérables associés à une sexualité non protégée. Cet équilibre complexe, que bon nombre d'adultes n'arrivent même pas à atteindre, est précisément le défi posé aux jeunes dès le moment où ils entrent dans l'univers de l'activité sexuelle. » (p. 10) ².

Il n'existe pas de recette miracle pour aborder la sexualité préventive avec les adolescents. C'est par l'échange, la communication, le dialogue portant sur les valeurs que la prévention peut prendre sens et devenir efficace. Les études démontrent que les adolescents sont largement au fait des dangers reliés aux MTS / VIH-sida et au fait des moyens de prévention. *« Il n'y a toutefois aucun lien entre leurs connaissances et l'adoption de comportements sexuels sécuritaires »* (p. 5) ³.

Il est proposé désormais que *« la prévention des MTS et du VIH-sida passe par l'apprentissage d'une sexualité saine et responsable »* (p. 80) ⁴. Cet apprentissage implique entre autres *« une capacité de discuter ouvertement de la sexualité, d'affirmer ses besoins, de résister à la pression des autres, de*

« négocier avec un partenaire, toutes choses qui exigent de l'audace et de la confiance en soi » (p. 67) ³.

Afin d'être en mesure de communiquer avec les jeunes, l'adulte doit d'abord les écouter, respecter leur expérience de vie et les leçons qu'ils en tirent. Les adultes peuvent contribuer à préparer les jeunes *« aux amours de demain à travers une compréhension et une qualité d'écoute qui leur transmettront un message d'appréciation positive d'eux-mêmes. Car l'estime de soi demeure préalable à l'amour des autres »* (p. 9) ³.

Ceci étant dit, comment peut-on concrètement et au quotidien aborder le sujet controversé de la sexualité préventive en évitant un endoctrinement que le jeune rejetterait, ne se sentant pas écouté et respecté ? Comment amorcer un dialogue intéressant en tant que parents d'accueil et éducateurs et transmettre un message qui ne demeure pas lettre morte dans la vie sexuelle et amoureuse des jeunes ?

Sachant que l'objectif d'aborder la sexualité préventive avec les jeunes passe par l'instauration d'une communication ouverte concernant leurs valeurs et leurs choix, comment initier ces échanges malgré nos malaises et leurs réticences ? C'est par la pratique, en procédant par essais et erreurs, avec beaucoup de patience et de persévérance, que l'objectif de discuter de sexualité préventive avec les jeunes peut être atteint peu à peu.

« Les jeunes n'ont pas forcément à marcher sur nos pas (...). Chacun fait sa propre expérience et à partir de là, pose ses propres choix (...). Soyons patients : on va plus aisément au bout du monde qu'au bout de soi (...). On n'apprend jamais qu'à partir de soi et souvent davantage de nos erreurs que de nos succès. Saurons-nous accompagner cet apprentissage ? (p. 9) » ³.

« Les outils dont les adolescents ont besoin pour se protéger des risques sexuels sont des outils d'adultes, ce qui impose à la société de sortir de son ambivalence pour leur en permettre l'accès. Le discours proposé aux jeunes doit pouvoir intégrer à la fois le côté dangereux et le côté merveilleux de la sexualité » (p. 13) ².

Bibliographie

1. DESAULNIERS, M.P. (1988). « La place des valeurs en éducation sexuelle ». *Apprentissage et socialisation*, vol. 11, n° 1, pp. 39–46.
2. CLOUTIER, R. (1996). « La sexualité des adolescents ». *Revue Notre-Dame*, n° 1, janvier, pp. 1–10.
3. Publication officielle (1995). Association Canadienne pour la santé des adolescents. Cinquième Colloque Régional Québécois de l'A.C.S.A. *Affectivité et sexualité à l'adolescence*. Montréal : 19 mai.
4. M.S.S.S. et C.Q.C.S. (1994). *Programme de formation – Jeunes en difficulté et prévention du sida – Sortir des sentiers battus – Guide du participant*. Québec.
5. DORAIS, M. (1988). « Présager aujourd'hui les amours de demain ». *Apprentissage et socialisation*, vol. 11, n° 1, pp. 5–9.

À propos du condom et des jeunes

GISELAINE CHAGNON, psychologue

JOSÉE BROUSSEAU, éducatrice

Pertinence de la promotion et de l'utilisation du condom

« Considérant :

1. *Que l'efficacité théorique du condom de latex contre les grossesses, les MTS et l'infection par le VIH est très haute.*
2. *Que l'écart entre l'efficacité théorique et l'efficacité réelle du condom de latex dépend principalement des comportements individuels.*
3. *Qu'il est possible de modifier ces comportements par des stratégies éducatives appropriées et, surtout,*
4. *Qu'aucun choix ne permet d'atteindre le risque zéro.*

Il demeure tout à fait pertinent de promouvoir l'utilisation du condom, seul ou conjointement avec les contraceptifs oraux chez les hétérosexuels. Cela est d'autant plus vrai pour les adolescents et les jeunes adultes déjà actifs sexuellement, puisque le condom convient généralement mieux au contexte dans lequel ils vivent leur sexualité (relations sexuelles peu fréquentes, monogamie sérieuse, relations fortuites, etc.) » — (OTIS et coll., p. 12) ¹ ».

Comportements d'étudiants de niveau secondaire de la région montréalaise en matière de prévention des MTS et du VIH-sida

Une étude récente (OTIS, 1993) ¹ réalisée auprès de près de 3 000 élèves de niveau secondaire de la région montréalaise révèle entre autres :

- Que l'âge modal (c'est-à-dire qu'on retrouve le plus souvent) à la première relation chez ces élèves est de 13 ans.

- Qu'à leur première relation, la majorité des élèves avait utilisé une méthode de protection, la méthode privilégiée étant le condom.
- Que pour leurs relations sexuelles subséquentes, 38 % des élèves disent avoir toujours utilisé le condom.
- 4,1 % rapportent avoir déjà fait face à une grossesse – 22,5 % ont déjà passé un test de dépistage MTS – 2,8 % ont déjà été traités pour une MTS (0,3 % des garçons et 4,8 % des filles).

Comportements sexuels sécuritaires d'adolescents et adolescentes fréquentant des organismes communautaires de la Rive-sud de Montréal

Une étude récente (OMS, 1992) ¹ réalisée auprès d'environ 300 adolescents fréquentant des organismes communautaires révèle que ces jeunes ont des comportements qui les rendent particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH.

- Dans l'ensemble, 38 % des jeunes actifs sexuellement ont protégé toutes leurs relations par le condom, un taux comparable à celui des jeunes du même âge en milieu scolaire.
- La consommation d'alcool et de drogues avant les relations sexuelles sembleraient fréquente : 62 % ont consommé de l'alcool et 35 % de la drogue avant les relations.
- Au moins, 2,3 % ont déjà utilisé des drogues injectables.

Les jeunes les plus à risque fréquentent des organismes s'adressant à une clientèle adolescente en difficulté (toxicomanes, jeunes contrevenants, décrocheurs, mineures enceintes ou jeunes sans abri).

- Ces jeunes sont plus nombreux à avoir consommé de l'alcool, de la drogue, particulièrement des drogues injectables.
- Seulement 18 % de ces jeunes déclarent avoir utilisé le condom pour toutes leurs relations sexuelles.

- Ils sont plus nombreux à avoir été confrontés à une grossesse, à avoir déjà passé un test pour une MTS et à avoir été traités pour une MTS.

Opinions des jeunes face à l'utilisation du condom

L'étude auprès des jeunes de niveau secondaire mentionnée précédemment (OTS, 1993) ¹ fait ressortir :

- Que les garçons sont davantage convaincus que *« c'est au garçon d'acheter le condom et de l'installer »* et que *« c'est à la fille de le proposer et de décider du moment où on doit le mettre »*.
- Les raisons énoncées par les jeunes expliquant pourquoi ils n'utilisent pas ou utilisent peu le condom sont :
 - La gêne d'en acheter.
 - Être convaincu(e) que le(la) partenaire n'a pas de MTS.
 - Ne pas en avoir sur soi au bon moment.
 - L'oubli « dans le feu de l'action ».
 - Avoir passé un test de dépistage qui s'est avéré négatif.

Les filles perçoivent davantage d'approbation venant des figures d'autorité (médecins et parents) et des amies de fille face à l'utilisation du condom, alors qu'elles ressentent une approbation beaucoup plus faible de la part du partenaire et des pairs de sexe masculin.

Conclusion

« Il existe donc des aspects cognitifs, affectifs et sociaux en ce qui concerne l'utilisation du condom ; aspects qui varient souvent entre les garçons et les filles. Nos activités de prévention doivent viser à induire une attitude positive à l'égard du condom, en minimisant ses inconvénients et en valorisant ses avantages, même auprès des filles qui prennent la pilule. Les garçons doivent surtout comprendre que le condom peut faire partie des jeux sexuels et qu'il tend même à prolonger la relation. Quant aux filles, elles doivent être rassurées sur l'efficacité et la résistance du condom »

lorsqu'il est bien utilisé. Nos activités de prévention doivent aussi apprendre aux jeunes à surmonter leur gêne lors de l'achat de condoms ou lorsqu'ils le mettent, mais elles doivent surtout les rendre capables de "négocier" avec leur partenaire. Cette négociation est d'autant plus difficile pour les filles qu'elles ne peuvent pas choisir de se protéger elles-mêmes en utilisant un condom, elles doivent demander aux gars d'accepter de le faire. Ce processus de négociation déborde donc largement la "simple négociation du condom". Il implique une capacité de discuter ouvertement de la sexualité, d'affirmer ses besoins, de résister à la pression des autres, de négocier avec un partenaire, toutes choses qui exigent de l'audace et de la confiance en soi » (LONGPRÉ, p. 67) ².

En effet, l'enquête Santé Québec (1992) ³ indique bien que parmi les facteurs favorisant l'utilisation du condom, celui qui se manifeste avec le plus de vigueur, c'est la demande du partenaire ¹. C'est une donnée incontournable que les adultes doivent utiliser afin que leurs discussions en matière de sexualité préventive auprès des jeunes s'avèrent profitables.

Enfin, malgré et avec toute notre bonne volonté, il est important de reconnaître nos limites en tant qu'individus et les limites de nos responsabilités à l'égard des choix privilégiés par les jeunes dans leur vie amoureuse et sexuelle. La sexualité est liée à tellement d'irrationalité, de passions, de difficulté de vivre, de souffrance, de solitude, qu'il serait illusoire de prétendre pouvoir tout comprendre et expliquer. Il faut admettre que la sexualité ne se contrôle, ne se maîtrise ni ne se planifie aisément chez les adultes et certainement pas plus facilement chez les jeunes.

Bibliographie

1. Association Canadienne pour la Santé des Adolescents (mai 1995). *Publication officielle Pro-Ado, supplément pour le Cinquième colloque régional québécois de l'ACSA, Affectivité et sexualité à l'adolescence*
2. M.S.S.S. et C.Q.C.Q. (1994). *Programme de formation Jeunes en difficulté et prévention du sida — Sortir des sentiers battus — Guide du participant.*
3. Santé Québec (1992). *Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au VIH-sida et autres MTS : la population ddes 15-29 ans.* Faits saillants. Québec : M.S.S.S.

Annexe I

La consultation médicale pour une MTS

Le texte suivant provient du guide : *« Prévention Intervention Jeunesse Sida et autres MTS »* — Activités de sensibilisation et activités d'information sur le VIH-sida et autres MTS, produit par G. GIRARD et M. DUPONT pour le département de santé communautaire de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, 1990.

Le texte légèrement modifié des pages 3 à 7 est tiré du cahier 6 : *« Utilisation des services de santé appropriés »*.

Quand consulter

Une personne peut consulter pour une MTS lorsqu'elle éprouve des malaises, qu'elle remarque des signes qui pourraient être reliés à une MTS (lésions cutanées, douleurs, écoulement, odeur, etc.). Une personne peut aussi consulter pour une MTS alors qu'elle n'éprouve aucun malaise et ne remarque aucun signe de MTS. Cette personne peut être simplement inquiète, elle peut avoir eu des comportements sexuels non sécuritaires, plusieurs partenaires sexuels, un ou des partenaires sexuels à risques élevés de MTS. Elle peut aussi être invitée à consulter parce qu'un ou une de ses partenaires sexuels est atteint d'une MTS.

Note : Dans le cas d'une personne apparemment en bonne santé, sans signe ou symptôme, qui consulte pour une MTS, on parle de tests de dépistage.

Dans le cas d'une personne malade, présentant des signes et des symptômes, qui consulte pour une MTS, on parle de tests diagnostiques.

À quelle fréquence une personne, sans signe ou symptôme, peut-elle consulter pour dépistage de MTS ? Au besoin, chaque personne déterminera avec son médecin la fréquence des consultations pour tests de dépistage selon ses besoins particuliers.

Qui consulter ?

Lorsqu'une personne ressent le besoin de consulter pour une MTS, elle peut rechercher des conseils et du support auprès de personnes significatives pour elle. Le parent, le pair, l'ami(e), le pharmacien, l'infirmière scolaire, l'enseignant, le médecin, tous peuvent être des personnes significatives.

Pour obtenir confirmation de la présence ou de l'absence d'une MTS, la personne devra consulter un médecin ou une infirmière spécialement habilitée à faire ce travail.

Où consulter ?

On peut consulter pour une MTS dans la plupart des organismes dispensant des soins de santé au Québec. Les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), les cliniques médicales, les médecins en bureau privé, les hôpitaux par le biais de l'urgence, de la clinique externe ou de l'unité de médecine familiale offrent généralement des soins de première ligne en MTS.

Certaines organisations ont développé un intérêt particulier et une expertise dans le traitement des MTS. Ces organisations offrent souvent une gamme de services ou une disponibilité plus grande.

La consultation

Revoyons brièvement le déroulement d'une consultation pour MTS.

- **ACCUEIL**

La personne qui consulte pour une MTS est généralement accueillie par le personnel de soutien (réceptionniste, secrétaire, préposé à l'accueil). À ce moment, les renseignements nécessaires à l'ouverture du dossier médical de la personne qui consulte (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, numéro d'assurance-maladie) sont recueillis et inscrits au dossier personnel et confidentiel.

- **HISTOIRE MÉDICALE**

Le médecin ou l'infirmière rencontre ensuite la personne qui consulte pour connaître son histoire médicale.

Plusieurs questions qui semblent très personnelles sont posées lors de l'histoire médicale et elles sont très utiles pour orienter le médecin dans son diagnostic.

Ainsi, le médecin questionnera sur :

- La raison de la consultation.
- Les malaises ressentis par la personne qui consulte (pertes vaginales ou urétrales, douleurs en urinant, saignements inhabituels, saignements après les relations sexuelles, douleurs testiculaires, douleurs abdominales ou pelviennes, odeurs, etc.).
- Les MTS antérieures s'il y a lieu.
- Le ou les partenaires sexuels actuels.
- Le ou les partenaires sexuels antérieurs.
- L'utilisation de drogues injectables et le partage de seringues et d'aiguilles.
- L'utilisation de moyens de protection et du condom lors des relations sexuelles accompagnées de pénétration.
- Les moyens contraceptifs utilisés.

Les réponses à ces questions seront inscrites dans le dossier médical **confidentiel** (pour les personnes âgées de quatorze ans et plus).

Le médecin procédera par la suite à un examen. Cet examen sera plus ou moins long selon les besoins de chaque personne. En général, cet examen prend de 10 à 15 minutes.

- **L'EXAMEN**

Le médecin juge d'abord de l'état de santé général de la personne qui consulte. Il examine ensuite la peau et palpe le cou, les aisselles et les aines pour vérifier la grosseur et la sensibilité des ganglions. Il procède ensuite à un examen spécifique pour MTS. Cet examen comprend généralement quatre étapes qui seront réalisées ou non selon les besoins de la personne qui consulte. L'examen spécifique varie selon le sexe de la personne examinée.

1. L'examen visuel des muqueuses buccales et l'examen visuel des organes génitaux externes chez l'homme et chez la femme.
2. L'examen visuel des organes génitaux internes chez la femme. Le médecin introduit délicatement dans le vagin un spéculum (petit instrument de métal ou de plastique servant à écarter les parois du vagin) de façon à visualiser le col de l'utérus et l'intérieur du vagin.
3. *Les prélèvements.* Le médecin utilise ensuite un écouvillon (petite tige recouverte de ouate à une extrémité) pour recueillir délicatement les sécrétions nécessaires aux analyses de dépistage ou de diagnostic. Les prélèvements se font le plus souvent dans le vagin, au col de l'utérus, dans l'urètre et selon les besoins dans la gorge, l'anus ou sur une lésion cutanée.

Des prélèvements de sang peuvent aussi être faits. Tous ces prélèvements occasionnent un certain inconfort tant chez l'homme que chez la femme, la sensibilité variant d'un individu à un autre. Certains prélèvements sont examinés sur place au microscope de façon à orienter le diagnostic.

4. *L'examen bi-manuel chez la femme.* Le médecin retire le spéculum, introduit deux doigts gantés dans le vagin, exerce une légère pression avec l'autre main sur le bas-ventre au-dessus du pubis de façon à vérifier la grosseur et la sensibilité de l'utérus, des trompes et des ovaires.

L'examen des testicules et de la prostate chez l'homme. L'examen de la prostate chez l'homme se fait par le toucher rectal. Le médecin palpe la prostate à travers la paroi rectale pour en vérifier la grosseur, la consistance et la sensibilité. Il palpe aussi les testicules pour déceler une sensibilité ou une masse anormale.

- **COUNSELING**

Une fois l'examen terminé, le médecin discute avec son patient du diagnostic établi ou probable. Il l'informe des délais requis pour la réception des résultats des tests de laboratoire et du traitement à prescrire. Le médecin explique l'importance de bien suivre son traitement et de traiter simultanément tous les partenaires impliqués lorsque nécessaire. Des conseils préventifs sur les facteurs de risque et les moyens de protection sont données après évaluation de la situation personnelle de chaque individu.

Si un problème survient, la personne qui consulte ne doit pas hésiter ou se gêner de rappeler son médecin traitant.

La notification des partenaires sexuels

La notification des contacts (recherche des contacts) se fait pour arrêter la chaîne de transmission de la maladie. Elle consiste à informer son (ses) partenaire(s) sexuel(s) du fait que l'on soit atteint d'une MTS et de la nécessité de consulter le plus tôt possible en vue d'un traitement éventuel.

- **QUI S'OCCUPE DE LA NOTIFICATION DES PARTENAIRES ?**

Il y a plusieurs possibilités qui peuvent être combinées, selon les besoins et les capacités de chacun.

La recherche peut être faite uniquement par la personne qui a une MTS, ou par la personne qui a une MTS avec l'aide de son médecin traitant, ou par le médecin traitant uniquement, ou par un(e) professionnel(le) de la santé publique qui peut s'associer à cette recherche des contacts.

Faire la recherche des contacts n'est pas toujours chose facile. Plusieurs obstacles peuvent surgir. On fait encore très souvent face à des préjugés bien ancrés dans notre société envers les gens atteints de MTS. Les « *maladies honteuses* » nous font encore la vie dure.

L'image de soi, notre image auprès des autres, la relation de couple, la relation avec les partenaires sexuels peuvent être modifiés par une MTS. Il est possible de trouver du support auprès de personnes significatives et des différents intervenants en MTS.

La visite de contrôle

Une visite médicale pour vérifier l'état de la personne qui a eu une MTS (ou visite de contrôle) peut être demandée pour certaines MTS. Elle a lieu entre une et huit semaines après le début du traitement. Elle suit les mêmes étapes que la consultation du début, mais s'attarde surtout à l'évolution des malaises ou signes, à l'état de la recherche des contacts et à la vérification de l'efficacité du traitement (car on assiste aujourd'hui à l'apparition de résistances à certains antibiotiques).

En terminant, quelques points importants méritent une attention particulière.

1. Le choix du médecin traitant est important, il devrait être facile de communiquer et de se sentir en confiance avec son médecin.
2. Le médecin que l'on choisira devra être capable d'offrir des services adéquats à propos des MTS (prélèvements, counseling, recherche des contacts).
3. Il ne faut pas avoir peur de poser toutes les questions qui nous préoccupent, de les préparer à l'avance s'il le faut pour ne pas en oublier.
4. Il ne faut pas se sentir gêné d'écrire sur un bout de papier le nom de la maladie qui nous affecte et le nom des médicaments prescrits si l'on pense ne pas s'en rappeler.

Annexe 2

La sexualité et le risque

Le texte suivant constitue une adaptation d'un court texte intitulé « *Une sexualité sans risque* » produit par MICHEL MORISSETTE. Il est spécifié que le texte est inspiré par le « *sida — ne vous laissez pas emporter par l'ignorance* », dépliant de MIELS QUÉBEC, 1989.

« Nous vivons dans une société où nous avons appris à vivre quotidiennement avec le risque, que ce soit le risque d'une catastrophe écologique, d'une guerre nucléaire ou encore le risque que nous prenons en conduisant notre vélo, notre motocyclette, notre véhicule automobile ou lorsque nous pratiquons notre sport favori. Nous acceptons que les risques que nous encourons puissent même avoir une portée sur notre santé et notre vie. Le risque exerce donc sur nous un pouvoir de séduction et en même temps nous le craignons et nous tentons de l'ignorer ».

Il en est de même à l'égard de la sexualité. Nous pouvons continuer à vivre comme si les MTS et le VIH-sida n'existaient que pour les autres en recourant à la pensée magique, « *ou ignorer les risques que nous prenons, parce qu'il est parfois difficile de modifier certains comportements qui pourraient nous exposer* » aux MTS.

Le gouvernement a réussi à faire passer le message suivant : « *si j'utilise mon véhicule, je peux me sentir en sécurité en conduisant prudemment et en portant ma ceinture de sécurité* ». Comme société, il s'avère désormais nécessaire de parvenir à l'établissement d'une norme à l'effet que « *si je suis actif sexuellement, je peux me sentir en sécurité en adoptant des pratiques sexuelles sans risque ou en portant un condom* ». Cet objectif s'avère tout particulièrement pertinent et approprié auprès des jeunes, qui font leurs premiers pas dans leur vie amoureuse et sexuelle.

Annexe 3

Résumé d'information ¹ : le « safe-sex » ou la sexualité à moindre risque

Le « safe-sex » ou le sexe à moindre risque

C'est quoi le « safe-sex » ? Se laver à l'acide chlorhydrique avant et après chaque relation ?

NON – NON – NON – NON – NON – PAS DU TOUT !

C'est avant tout : **se respecter soi-même et les autres.**

C'est aussi : **avoir du plaisir, sans peur et sans reproche.**

C'est surtout : **adopter des comportements sexuels ³ dont le principe général est d'éviter tout contact du sperme, des sécrétions vaginales ou du sang avec les muqueuses du corps (vagin, bouche, gland, anus) ou encore avec des lésions cutanées (coupures, égratignures, feux sauvages).**

Aucun risque

- Les caresses, massages, étreintes.
- La masturbation solitaire.
- La masturbation mutuelle : aucun risque en autant que les partenaires n'aient pas de lésions ouvertes aux mains qui pourraient entrer en contact avec les sécrétions génitales ou le sang menstruel et que les sécrétions génitales ne soient pas partagées.
- Les baisers sans échange de salive.
- Les conversations érotiques.
- Les jouets sexuels propres et non partagés.

- Les relations orales avec protection :
 - Sur un homme avec un condom non lubrifié.
 - Sur une femme avec un écran de latex, soit un « dental dam » ou un condom non lubrifié, coupé et placé devant la vulve ou l'anus.

Très faible risque

- Les baisers avec échange de salive.
- Les relations orales-génitales sans échange de liquides corporels.
- La pénétration vaginale ou anale avec condom.

Faible risque

- Les relations orales-génitales avec éjaculation et sans condom et les relations bouche-anus (peu risquées pour la transmission du VIH-sida, mais à haut risque pour les MTS comme la chlamydia, la gonorrhée, l'hépatite B, etc.).

Risque élevé

- La pénétration vaginale ou anale sans condom.
- Le partage d'accessoires sexuels insérés dans le vagin ou l'anus.

Attention

Le risque d'infection en partageant des seringues et aiguilles contaminées est élevé. C'est un pensez-y bien !

Souviens-toi

- Le choix d'un partenaire supposé non infecté ne te dispense aucunement de choisir les pratiques sexuelles à moindre risque.
- Un test de dépistage ne te protège pas d'une contamination future.

Et surtout que

- Le sexe à moindre risque ne diminue en rien ta créativité, ton imagination et ta fantaisie.

Bibliographie

1. G. GIRARD • M. DUPONT (1990). *Prévention intervention sida et autres MTS*. Cahier 3 : Activités sexuelles à risques réduits, pp. 17–18.
2. Conçu par LOUISE LABONTÉ, infirmière. Université de Montréal, Services aux étudiants, Services de santé.
3. La classification des comportements sexuels est tirée de diverses sources gouvernementales et autres dont la Société canadienne sur le sida.

Annexe 4

Facteurs additionnels de risque

Définition¹

Tous les facteurs qui augmentent les risques de transmission du VIH-sida ou d'une autre MTS.

Partenaires multiples

- Il est difficile de savoir qui est atteint du VIH-sida ou d'une autre MTS.
- Plus on a de partenaires sexuels, plus on a de risques d'être en contact avec un, une ou des partenaires atteints du VIH-sida ou d'une autre MTS.
- Il est donc recommandé d'avoir recours à des activités sexuelles à risques réduits avec son, sa ou ses partenaires.

Expositions multiples

- La personne qui s'adonne souvent à des activités sexuelles à risque court plus de dangers que celle qui s'y adonne moins souvent.
- Il s'agit pourtant de s'adonner une seule fois à une activité à risque élevé (exemple : pénétration sans condom), avec un partenaire infecté, pour risquer de contracter le VIH-sida ou une autre MTS.

¹ Tiré de : G. GIRARD • M. DUPONT (1990). • Prévention intervention, sida et autres MTS •. *Cahiers 3 : Activités sexuelles à risques réduits*, pp. 15-16.

Utilisation de drogues par injection

- Plusieurs drogues peuvent être injectées à l'intérieur de l'organisme à l'aide de seringues (exemples : héroïne, cocaïne, PCP, stéroïde, etc.).
- Il y a risque de transmission du VIH-sida et de l'hépatite B lorsque deux personnes partagent les mêmes aiguilles et seringues.
- Les aiguilles et seringues peuvent être désinfectées en les rinçant à deux reprises avec de l'eau de Javel et en les rinçant de nouveaux à deux reprises avec de l'eau ¹.

Diminution du pouvoir de décision

- L'alcool et les drogues altèrent la capacité de décision d'une personne et peuvent contribuer à la faire participer à des activités sexuelles à risque élevé.
- Il est recommandé de s'abstenir ou de modérer sa consommation d'alcool et/ou de drogues.

Plaies ouvertes, lésions et MTS

- Le risque de transmission du VIH-sida et autres MTS augmente lorsque le sang, le sperme ou les sécrétions vaginales d'une personne infectée entrent en contact avec des plaies ou des lésions.
- Des plaies ouvertes ou des lésions peuvent être causées par l'herpès, par des feux sauvages, par des éruptions cutanées, par des éraflures ou des coupures.
- Avoir une MTS peut causer une irritation des tissus et ainsi augmenter la probabilité d'infection par le VIH-sida ou par une autre MTS — lorsqu'on a des activités sexuelles à risque avec une personne infectée. L'irritation des tissus constitue une voie d'entrée pour les infections. De plus, la présence d'une MTS affaiblit le système immunitaire de sorte que ce dernier devient moins apte à se défendre contre le virus du sida ou contre une autre MTS.

¹ Le Gouvernement du Québec (MSSS et CQCS) a produit un dépliant intitulé « Chacun sa seringue, une idée fixe » qui présente la façon sécuritaire de nettoyer du matériel d'injection.

Annexe 5

Utilisation de drogues par injection et risques de transmission des MTS et du VIH-sida ¹

Qui utilise des drogues par injection ?

- **TOXICOMANES**

Montréal compte une grande population d'utilisateurs de drogues par injection (UDI). Selon les différents corps policiers, on retrouverait à Montréal entre 5 000 et 15 000 héroïnomanes. Bien qu'on ne dispose d'aucun chiffre pour la cocaïne, Montréal a été reconnu comme la porte d'entrée principale de cette drogue au Canada. Les intervenants dans ce domaine évaluent le rapport utilisateurs de cocaïne versus utilisateurs d'héroïne à environ 10 pour 1 et l'on sait que le partage de seringues est beaucoup plus répandu chez les cocaïnomanes. Ces derniers ont besoin de s'injecter plus souvent vu les effets plus courts de la cocaïne dans l'organisme.

On estime que chez les consommateurs de drogues par injection, la séroprévalence de l'infection au VIH se situe entre 4,1 % (étude anonyme de séroprévalence de J. BRUNEAU au Centre de désintoxication de l'Hôpital Saint-Luc) et 14,6 %. Ce dernier chiffre provient d'une étude menée dans la plus importante institution correctionnelle pour femmes au Québec par CATHERINE HANKINS, coordonnatrice du Centre d'Études sur le VIH-sida au DSC de l'Hôpital Général de Montréal. Toutefois, les UDI ne représentent encore que 0,8 % des cas de VIH-sida au Québec (Statistiques du 1^{er} mai 1989).

¹ Tiré de : G. GIRARD • M. DUPONT (1990). « Prévention intervention, sida et autres MTS ». *Cahiers 3 : Utilisation d'aiguilles et de seringues désinfectées*, pp. 5-8.

- **ATHLÈTES**

Les toxicomanes ne sont pas les seuls utilisateurs de drogues injectables (UDI). Certains athlètes s'injectent des drogues anabolisantes (stéroïdes) dans le but d'augmenter leur masse musculaire afin d'améliorer leur performance athlétique. Cette pratique se retrouve dans les sports exigeant une grande force musculaire (haltérophilie, culturisme, football, athlétisme-sprints, lancers et autres).

Le partage de seringues et d'aiguilles entre athlètes utilisateurs de drogues injectables est peu documenté dans la littérature, mais les divers intervenants du milieu rapportent que le partage d'équipement d'injection par les athlètes UDI est relativement fréquent.

- **AUTRES UTILISATEURS**

Certaines personnes doivent s'injecter des drogues ou autres substances pour des raisons médicales. Ces personnes obtiennent souvent sur ordonnance médicale les drogues ou substances, les aiguilles et les seringues qui leur sont nécessaires. Par exemple, plusieurs diabétiques doivent s'injecter quotidiennement diverses doses d'insuline afin de contrôler leur niveau de glucose sanguin. Il est à noter qu'au Québec, il est légal de vendre des seringues, d'en prescrire ou d'en fournir, il n'est pas nécessaire d'avoir une ordonnance médicale pour se procurer des seringues et des aiguilles stériles.

Les personnes qui reçoivent des drogues ou autres substances injectables, des aiguilles et des seringues sur ordonnance ne sont pas considérées comme une clientèle à risque élevé de contracter le VIH lors de leurs injections. Cette clientèle est généralement bien informée de la nécessité d'utiliser une aiguille et une seringue stériles ou de désinfecter le tout à chaque injection. Elles ont de plus facilement accès à des aiguilles et seringues stériles et ne se retrouvent pas dans le même contexte social que celui des autres UDI. Ces derniers ne possèdent souvent qu'une aiguille et une seringue pour plusieurs personnes et sont moins conscientisés à l'importance de désinfecter leur équipement d'injection entre chaque utilisation.

Toute intervention visant à promouvoir le non-partage de seringues et d'aiguilles infectées doit surtout tenir compte de la population des toxicomanes UDI et de celle des athlètes UDI.

Il est important de noter que ce ne sont pas tous les toxicomanes ni tous les athlètes qui sont utilisateurs de drogues injectables.

La transmission du VIH par le partage d'aiguilles et de seringues infectées

Le VIH se retrouve principalement dans le sang, le sperme et les sécrétions vaginales des personnes infectées. Ces liquides sont les principaux véhicules de transmission du VIH-sida.

Lorsqu'une personne utilise une aiguille et une seringue pour s'injecter de la drogue, il reste une toute petite quantité de sang dans l'aiguille et la seringue. Cette quantité de sang peut suffire à transmettre le VIH-sida, celui de l'hépatite B ou de l'hépatite C, lorsque ceux-ci sont présents dans le sang.

« Les seringues et les aiguilles contaminées peuvent, si elles sont partagées, transmettre le virus. Ceci survient chez les utilisateurs de substances injectables qui se piquent avec la même aiguille ou seringue. Ceci réfère, entre autres, aux personnes qui se "shootent" et aux athlètes qui s'injectent des stéroïdes. De plus, la cuillère et les objets qui servent à préparer la drogue peuvent également être contaminés »².

De plus, les personnes qui ont des activités sexuelles à risque élevé (exemple : pénétration vaginale ou anale sans condom) avec un ou des partenaires UDI qui n'ont pas toujours utilisé des aiguilles et des seringues désinfectées, s'exposent à des risques plus grands de contracter le VIH-sida.

Il arrive aussi qu'une personne non utilisatrice de drogue injectable qui a des activités sexuelles à risque élevé avec un partenaire UDI infecté par le VIH-sida contracte elle-même le virus et s'il s'agit d'une femme, elle risque de le transmettre éventuellement à son foetus.

D'où l'importance pour toute personne, homme ou femme, UDI ou non, d'éviter les activités sexuelles à risque élevé. L'utilisation adéquate du condom lors de pénétration vaginale ou anale constitue un moyen efficace de se protéger du VIH-sida et autres MTS.

² Tiré de : *Sida les faits, l'espoir*, p. 12.

Comment prévenir la transmission du virus ?

- **ÉVITER OU CESSER DE S'INJECTER DES DROGUES**

Plusieurs personnes-ressources et organismes communautaires se spécialisent dans l'aide aux toxicomanes et aux personnes utilisatrices de drogues injectables qui désirent cesser de se droguer.

Une personne, qui choisit de continuer à consommer des substances injectables, peut avoir recours à des modes de consommation autres que celui de l'injection.

- **UNE PERSONNE QUI CONTINUE À S'INJECTER PEUT SE PROTÉGER DU VIH-SIDA DE LA FAÇON SUIVANTE :**

- **Ne jamais partager (prêter ou emprunter) les aiguilles et les seringues.**

Ne jamais utiliser une aiguille et une seringue qu'on a trouvées ou qu'on a achetées de quelqu'un sans les désinfecter au préalable.

La personne UDI peut avoir son propre nécessaire (« kit ») d'injection et ne pas le partager avec qui que ce soit.

- **Utiliser à chaque fois une seringue jetable neuve.**

La personne UDI peut se procurer des aiguilles et des seringues en pharmacie ou à un centre d'échange de seringues.

- **Désinfecter les aiguilles et les seringues infectées avant de les utiliser.**

Il existe une façon simple et efficace de désinfecter les aiguilles et les seringues (déjà mentionnée précédemment à la page 103).

Note : *Une personne qui s'injecte des drogues ou autres substances injectables et qui n'utilise pas toujours des aiguilles et des seringues désinfectées se doit de protéger ses partenaires sexuels (tout en se protégeant elle-même) en utilisant correctement un condom lors d'activités sexuelles avec pénétration vaginale ou anale.*

Annexe 6

Faits saillants d'une étude récente chez des adolescents et adolescentes qui s'injectent des drogues

Une étude ¹ récente effectuée dans la région de Montréal, chez des adolescents–adolescentes en difficulté et âgés de 12 à 21 ans, révèle que 5,7 % des participants sont des usagers de drogues injectables (UDI), soit 108 UDI pour un total de 1904 jeunes participants. Les filles constituent pour leur part 38,3 % de l'échantillon des UDI.

Les indices d'un haut niveau de risque d'infection au VIH sont très nombreux ; entre autres, la fréquence rapportée d'hépatite B suggère des comportements sexuels et d'injection non sécuritaires. On observe que 68,5 % des jeunes UDI ont consommé de l'alcool ou des drogues au cours de plus de la moitié de leurs relations sexuelles récentes, et que près de la moitié des jeunes UDI n'utilisent jamais de condom lors de relations avec pénétration vaginale avec un partenaire régulier ou occasionnel.

Quoique près de la moitié des UDI ne se soient piqués que rarement (c'est-à-dire moins de cinq fois), près de la moitié des UDI déclarent avoir déjà emprunté des seringues et la moitié de ces derniers ne les ont pas nettoyées avant de les utiliser. Enfin, 12,2 % des filles UDI rapportent avoir déjà emprunté une seringue d'une personne séropositive sans la nettoyer, comparativement à 1,5 % des garçons seulement.

¹ FRAPPIER, J.-Y. et coll. (1994). *Séroprévalence VIH chez des adolescents en difficulté de Montréal – Les adolescents qui s'injectent des drogues : « no sweet sixteen »*. Recherche subventionnée par le programme national de recherche et de développement en matière de santé.

Annexe 7

Différents textes sur le condom

L'annexe 7 comprend les textes suivants :

	Page
<i>Qu'est-ce que le condom ?</i>	120
<i>Le condom et ses normes</i>	123
<i>Quel condom utiliser ?</i>	124
<i>Inconvénients à l'utilisation du condom et solutions possibles</i>	125
<i>Le condom, c'est comme ...</i>	129

Qu'est-ce que le condom¹ ?

QU'EST-CE QUE LE CONDOM ? À QUOI SERT-IL ?

- Le condom est une enveloppe souple que l'on déroule sur le pénis en érection.
- Lorsqu'il est utilisé adéquatement, le condom constitue un excellent moyen de prévenir le VIH-sida et autres MTS. Le condom sert également de moyen contraceptif en empêchant le sperme et les spermatozoïdes d'entrer en contact avec les organes génitaux de la femme.

DE QUELLE MATIÈRE SONT FAITS LES CONDOMS ?

- La plupart des condoms disponibles sur le marché sont en *latex*. Ils sont : économiques, résistants et plus élastiques, et assurent une protection contre le VIH-sida et autres MTS.
- Les condoms peuvent aussi être faits d'une *membrane naturelle* (généralement une membrane d'agneau). Les condoms faits à partir de ce type de membrane sont : chers, moins élastiques (donc moins d'ajustabilité), moins efficaces contre le VIH-sida et certaines MTS, particulièrement l'hépatite B, parce que les virus du VIH-sida et de l'hépatite B sont plus petits que les pores du condom en membrane naturelle, plus fragiles (ils se déchirent plus facilement).

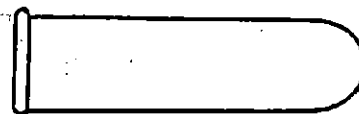
Les personnes allergiques au latex peuvent utiliser un condom à membrane naturelle et recouvrir celui-ci d'un condom de latex afin de se protéger du VIH-sida et des autres MTS.

¹ Tiré de GIRARD, G. • M. DUPONT. *Prévention - intervention, jeunesse, sida et autres MTS*. Cahier 4 : Utilisation du condom, pp. 5-6-7.

QUELLE FORME PEUT AVOIR UN CONDOM ?

Les formes de condoms les plus répandues sont les suivantes :

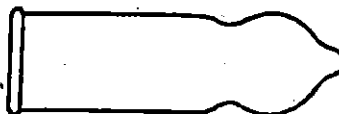
- **RÉGULIER** : avec ce condom, il faut laisser 1/2 pouce (1,5 cm) au bout pour recevoir le sperme.



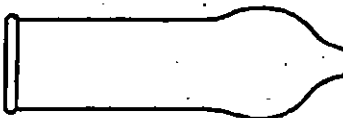
- **AVEC BOUT RÉSERVOIR** : ce condom est muni d'un bout réceptacle pour recevoir le sperme. C'est le modèle de condom le plus utilisé.



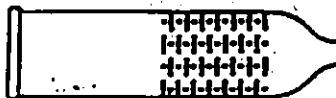
- **GALBÉ** : sa caractéristique est d'avoir une constriction (rétrécissement) derrière le gland du pénis afin de mieux tenir en place. Il favorise le maintien de l'érection.



- **À EXTRÉMITÉ ÉLARGIE (« FLARED »)** : il possède une extrémité plus large qui assure à certaines personnes un plus grand confort et plus de sensibilité.



- **TEXTURÉ** : ces condoms se caractérisent par des nervures, des points et des formes en relief. Ils visent à augmenter le plaisir des deux partenaires.



- **COLORE** : permet d'ajouter une touche de variété et d'agrément supplémentaire pour ceux qui aiment le rose, le jaune, le vert, le bleu ou le noir.



CONDOMS LUBRIFIÉS OU NON-LUBRIFIÉS

- Les condoms lubrifiés :
 - facilitent la pénétration,
 - réduisent le risque de déchirure,
 - favorisent une plus grande sensibilité.
- Les condoms non lubrifiés :
 - sont recommandés pour les relations orales,
 - permettent d'utiliser une quantité de lubrifiant déterminée,
 - peuvent être utilisés avec des lubrifiants à base d'eau (exemple : gelée K-Y) ou spermicide hydrosoluble comme Ortho-Gynol.
 - ne doivent pas être utilisés avec les lubrifiants à base d'huile ou de gelée de pétrole (exemples : vaseline, crisco). Ces lubrifiants détériorent la membrane du condom.
- Les condoms avec spermicide :
 - sont utilisés pour accroître l'efficacité de la contraception.
- Les condoms à saveur :
 - des condoms à saveur de fruits répondant aux normes de sécurité canadienne sont maintenant disponibles sur le marché,
 - sont utilisés pour une plus grande protection pour le sexe oral.

COMMENT ET OÙ CONSERVER LES CONDOMS ?

- Le condom peut se détériorer lorsqu'il est exposé pour une période prolongée à la lumière, à la chaleur ou à la friction. Il doit être conservé dans un endroit frais et sec.
- Choisir un lieu de remise pratique qui favorise un accès facile et rapide au condom (exemple : dans un tiroir, sur la table de nuit, dans un petit étui de plastique, dans la poche d'une chemise ou d'un blouson, etc.).
- Éviter de conserver les condoms dans les portefeuilles, les poches de pantalons, le coffre à gants de l'auto, etc.

OÙ SE LES PROCURER ?

- En pharmacie.
- Dans certains bars et discothèques et autres endroits possédant des machines distributrices de condoms.
- Dans certains CLSC ou autres services de santé (offerts gratuitement à certains endroits).

Le condom et ses normes¹

Le condom est régi par la Loi sur les aliments et drogues (règlements sur les instruments médicaux, chapitre 871). Cette loi prévoit les modalités suivantes :

LE CONDOM

- Doit porter une date limite d'utilisation (sur la boîte contenant les condoms ou sur l'enveloppe individuelle).
- Doit être contenu dans une enveloppe individuelle.
- Doit avoir une longueur minimale de 16 cm.
- Doit avoir une largeur minimale de 4,5 à 5,5 cm.
- Doit maintenir son étanchéité et son intégrité lorsque rempli de 300 ml d'eau.
- Doit supporter 25 litres de gaz ou d'air sans éclater.
- Doit résister à une pression d'un kilopascal.

De plus, LE CONDOM

- Ne doit pas présenter de fuite.
- Ne doit pas contenir ou libérer une substance dangereuse ou irritante pour la peau ou les muqueuses.

AJOUTONS QUE...

- La majorité des condoms sur le marché ont été testés individuellement de façon électronique pour déceler de minuscules trous. Les fabricants mentionnent généralement ce fait sur l'emballage.
- Les condoms devraient se conserver pendant cinq ans dans des conditions normales d'entreposage et d'exposition en étalage. Mais, les experts s'entendent cependant pour dire qu'après deux ans, l'efficacité des condoms diminue.
- Les condoms en membrane naturelle ne sont pas régis par les normes qui s'appliquent aux condoms en latex et ils sont moins efficaces pour la prévention du VIH-sida et autres MTS.

Source : ROY, MAURICE (1987). « Test : les condoms ». Magazine *Protégez-vous*, juillet, pp. 11-15.

¹ Tiré de GIRARD, G. • M. DUPONT. *Prévention - intervention, jeunesse, sida et autres MTS*. Cahier 4 : Utilisation du condom, pp. 11.

Quel condom utiliser¹ ?

BESOINS ET PRÉFÉRENCES	CHOIX DU CONDOM
Un condom régulier pour la contraception ou la prévention du VIH-sida et autres MTS.	• Choisir des condoms de latex lubrifiés. • Choisir des condoms en latex avec spermicide (nonoxynol-9).
Augmenter la sensibilité lorsqu'on utilise un condom.	• Choisir des condoms plus minces. • Utiliser des condoms nervurés. • Ajouter du lubrifiant dans le condom et sur le condom.
Un condom approprié pour les relations orales.	• Choisir des condoms en latex non lubrifiés.
Un condom approprié pour les relations anales.	• Choisir des condoms en latex plus épais, lubrifiés. • Ajouter du lubrifiant.
Un condom qui s'ajuste mieux à un pénis plus petit et qui ne glissera pas.	• Choisir des condoms en latex plus étroits (l'Ajusté, Ramses Snug Fit, Conceptrol Suprême). • Choisir des condoms en latex préformés.
Un condom qui s'ajustera mieux à un pénis plus gros.	• Choisir des condoms en latex plus grands (comme ceux des compagnies Trojan et Julius Schmidt).
Un condom qui diminuera ou préviendra une irritation.	• Choisir un condom en latex lubrifié ou non et ajouter un lubrifiant hydrosoluble supplémentaire (K-Y, Lubafax), ou un spermicide à base d'eau (Ortho-Gynol, Delfen). • Changer de marque de condom.
Un condom gadget sécuritaire.	• Choisir un condom nervuré et coloré. • Se procurer un condom gadget qui répond aux normes de sécurité canadiennes.
Pour un maximum de contraception.	• Choisir des condoms en latex lubrifiés ordinaires et • Ajouter un spermicide hydrosoluble.
Allergie au latex.	• Utiliser un condom en membrane d'agneau par-dessus ou en-dessous, selon le partenaire qui est allergique, avec un condom en latex (utilisé seul, le condom en membrane animale n'offre aucune protection contre le VIH-sida et les autres MTS).

¹ Adapté de GIRARD, G. • M. DUPONT. *Prévention - intervention, jeunesse, sida et autres MTS*. Cahier 4 : Utilisation du condom.

Inconvénients à l'utilisation du condom et solutions possibles

Inconvénients à l'utilisation du condom	Solutions possibles
Gêne, pudeur à l'achat	• Être accompagné. • Demander à quelqu'un d'aller les acheter pour vous. • Les condoms sont en vente libre dans les pharmacies, tout comme les brosses à dents. Alors pas besoin de demander au pharmacien.
Coût	• Peuvent être achetés pour aussi peu que 0,30 \$ chacun. • Gratuit dans certains endroits (CRJDA - CLSC).
Oublier, Pas toujours accessible, Ne pas avoir de condom à la portée de la main	• Développer l'habitude de toujours l'utiliser, comme cela, il deviendra une seconde nature. • Garder les condoms à portée de la main, c'est-à-dire partout où vous êtes susceptible de faire l'amour (dans votre sac à dos, sac à main, porte-document, valise, dans la chambre, le tiroir de sa table de nuit, la salle de bain, le salon, la cuisine, etc).
Persuader le partenaire	• En discuter avec le partenaire AVANT la relation. • Demander à un copain ou une copine comment il a réussi à convaincre son partenaire. • Participer à des jeux de rôle en groupe.
Installer le condom	• Si vous n'avez pas l'habitude des condoms ou si vous êtes en train de chercher la marque qui vous conviendra le mieux, il serait sage d'expérimenter les condoms en dehors des relations sexuelles. • La masturbation est un bon moyen de se familiariser, sans risque et de manière détendue, avec les condoms. Vous pouvez vous masturber seul ou en compagnie de votre partenaire, tant que vous ne vous sentirez pas à l'aise et confiant en utilisant le condom. • Se pratiquer seul(e) à le poser ou en le déroulant sur une banane ou sur sa main.

Pages 129 à 132 tirées de : G. GODIN • F. MICHAUD • C. FORTIN (1994). *Programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du VIH-sida pour les jeunes en C.R.J.D.A. et C.R.J.M.D.A.* Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé. Québec : Université Laval, école des sciences infirmières.

Inconvénients à l'utilisation du condom	Solutions possibles
Réduction ou perte de sensation	• Ajouter un lubrifiant à l'intérieur comme à l'extérieur du condom. • Utiliser un condom ultra-mince en ajoutant du lubrifiant. • Pincer le bout pour enlever l'air, dérouler doucement sur le pénis en érection. • Le condom peut prolonger une expérience sexuelle (en retardant l'éjaculation précoce), ce qui peut comporter certains avantages. • Le réconfort émotionnel apporté par le condom (se sentir en sécurité) compensera largement la légère perte de sensation physique.
Peut entraver la spontanéité ou interrompre les rapports sexuels	• Garder les condoms à portée de la main, c'est-à-dire partout où vous êtes susceptible de faire l'amour. • Inclure la pose du condom dans les jeux sexuels (que la partenaire vous le mette). • Pourquoi attendre d'être en érection pour déchirer la pochette renfermant le condom ? Préparez deux ou trois condoms d'avance, en les sortant des sachets et en les déposant à portée de la main. • L'utiliser avec humour, fantaisie, couleur.
Cela implique que je n'aime pas ou que je ne fais pas confiance à mon partenaire	• L'amour signifie que vous êtes réellement préoccupé de votre santé et de celle de votre partenaire. • Expliquez-lui que, en effet, vous avez confiance en lui ou en elle, mais que vous ne pouvez avoir confiance en ses anciens partenaires. Le condom élimine le danger de l'exposition au virus et ce, pour les deux partenaires. • Vous n'avez aucun moyen d'être sûr de rien en ce moment, jusqu'à ce que tous les deux, vous passiez un test de dépistage. • Par une approche humoristique et ferme, essayez de présenter une variété de condoms à votre partenaire et faites-le choisir parmi tous.

Inconvénients à l'utilisation du condom	Solutions possibles
Je sais que mon partenaire n'a pas le VIH-sida	Tu peux te conter des blagues ! La seule façon fiable de savoir que l'on n'a pas le VIH-sida est de passer un test de dépistage. Cependant, pendant le délai où on attend les résultats, il faut continuer d'avoir des activités sexuelles sécuritaires pour ne pas contracter le virus après le test.
Mon partenaire n'a pas le VIH-sida. Donc, je n'ai pas le virus.	Beaucoup de personnes qui sont porteuses du VIH-sida n'ont pas de symptôme avant bien des années. Toutefois, ces personnes peuvent passer le virus aux autres.
Utiliser un condom signifie que j'ai le virus	Non, beaucoup de personnes qui utilisent le condom n'ont pas le virus, justement parce qu'elles utilisent le condom pour se protéger.
Le pénis est trop gros	Le condom peut être étiré et couvrir tout votre avant-bras. Les condoms Brisent généralement parce qu'ils ne sont pas assez lubrifiés.
Avoir pris beaucoup d'alcool ou de drogue	Examiner ses patterns de consommation. À partir du moment où on commence à consommer (boisson ou drogue) et qu'on sait que cela sera suivi de relations sexuelles, y penser à deux fois... Si on a l'intention de se protéger réellement contre les MTS et le VIH-sida, c'est avant de consommer qu'on y pense.
Le condom n'est pas sûr à 100 %	- Utilisé adéquatement, le condom est très efficace, surtout si on l'utilise avec un spermicide appelé nonoxynol-9. - La seule garantie sûre à 100 % serait l'abstinence ou les activités sexuelles sans risque comme la masturbation, les étreintes, les massages et les fantasmes.
Être trop excité pendant la relation sexuelle, au point d'en perdre le contrôle	- Si une personne est trop excitée pendant la relation sexuelle, au point d'en perdre le contrôle, tout risque de se passer trop vite, c'est-à-dire sans avoir eu le temps de donner du plaisir à l'autre. Chez certains hommes, le condom peut avoir l'avantage de retarder l'éjaculation précoce, ce qu'en général de nombreuses femmes disent apprécier. - Si l'homme dit être trop excité, la femme peut lui offrir de lui mettre, l'assurer que ça se fera naturellement, qu'il ne s'en rendra pas compte et que ça va faire partie des jeux sexuels.

Inconvénients à l'utilisation du condom	Solutions possibles
La fille prend la pilule	Même si vous avez déjà recours à un moyen de contraception efficace, il serait sage d'utiliser un condom lors des relations sexuelles. La pilule protège contre les grossesses indésirées, mais seul le condom utilisé correctement prévient la transmission du VIH-sida pendant les relations sexuelles.
Avoir peur de ne pas être à la hauteur (manquer son coup, débander)	- Si votre partenaire perd son érection pendant qu'il s'évertue à enfiler le condom, vous ferez preuve de compréhension. S'il veut continuer d'autres jeux amoureux sans risque, n'ayez crainte d'accepter, mais si le fait de ne plus être en érection le trouble, il vaut mieux ne pas vous acharner à faire l'amour. - Vous chercherez à éviter d'exercer la moindre pression sur ce point, de sorte que les prochaines fois que vous essaieriez d'utiliser un condom, il n'y ait pas de problème.
Avoir peur de la réaction du nouveau partenaire (menaces, violence)	- Si vous vous surprenez à penser de cette façon, il est temps de reconsidérer votre situation. L'utilisation de menaces pour dissuader la femme de vouloir utiliser le condom ne révèle pas simplement l'égoïsme de l'homme, mais également un mépris dangereux à l'égard de la vie. - Lorsque l'enjeu est aussi important, il vaut mieux risquer de perdre l'homme que vous aimez (ou croyez aimer) que de céder à son chantage. N'en valez-vous pas la peine ? - Vous lui expliquerez que vous le protégez lui aussi en lui demandant d'utiliser des condoms puisque vous pourriez, vous-même, être infecté.
Le VIH-sida est une maladie d'homosexuels	- Les MTS, y compris le VIH-sida, sont causés par des bactéries et des virus distribués au hasard et incapables de distinguer un homosexuel d'un hétérosexuel, un homme d'une femme, un riche d'un pauvre, un jeune d'un vieux, un célibataire d'une personne mariée, un noir d'un blanc. - Le facteur essentiel, dans la transmission du VIH-sida, n'est pas l'orientation sexuelle des partenaires, mais l'échange des liquides organiques, en particulier le sperme et le sang.
Je ne fais quasiment jamais l'amour	- Même si vous faites l'amour rarement, même si vos partenaires sexuels ont été peu nombreux dans le passé, cela ne signifie pas pour autant que vous ne pouvez pas contracter une MTS. Dans le cas du VIH-sida, une personne peut être infectée par le virus et ne pas en avoir connaissance. - Un seul contact sexuel suffit pour être infecté.

Le condom, c'est comme...



Université de Montréal
Service aux étudiants
Service de santé

Utilisé correctement et à chaque relation, le condom est efficace à près de 99% contre les MTS, le SIDA et les grossesses non désirées.

Voici donc en version "songée" les étapes d'utilisation adéquate du condom.

LE CONDOM, C'EST COMME...

un yogourt:
toujours vérifier la date d'expiration sur la boîte avant de consommer

de la mayonnaise:
tolère mal les endroits chauds et humides - coffre à gants) ou une trop grande friction (poche arrière)

des bottes en caoutchouc:
choisir le LATEX, c'est plus imperméable que les membranes animales - laissant passer les bactéries, virus

un hymne national:
ne jamais débiter une joute sans lui

un bas-culotte:
attention aux ongles, bagues ou dents en le sortant de son emballage - déroule-le du bon côté sinon tu le jettes

un calorifère à eau chaude au début de l'hiver:
il faut enlever l'air - en pinçant le bout du réservoir lors du déroulement

une rencontre diplomatique:
il faut savoir se retirer tout de suite après les débats - en tenant le condom à la base du pénis

une allumette:
ne s'utilise qu'une fois - on doit en prendre un nouveau lors de chaque relation sexuelle et surtout en avoir en réserve

une dinde de Noël:
meilleur avec de la gelée (d'ataca) - prendre un lubrifiant à base d'eau comme KY, Lubalax et en mettre dans le réservoir et à l'extérieur

un casque de vélo:
pour une protection supplémentaire - utiliser un spermicide à base de NONOXYNOL 9 comme la mousse Delfen

un ziploc:
non biodégradable - jeter à la poubelle après usage



Annexe 8

Exercices

L'annexe 8 propose les exercices suivants :

Page

Sexotest : évaluez votre risque de contracter une MTS 131

Mots entrecroisés sida 133

Mots entrecroisés : tout ce que vous voulez savoir sur le condom 134

Le « sexotest »

Sexotest : évaluez votre risque de contracter une maladie transmissible sexuellement (MTS).

1. Depuis six mois, j'ai des relations sexuelles avec une ou des personnes :
 - a. Que je ne connais pas du tout.
 - b. Que je connais un peu.
 - c. Que je connais très bien.
2. Depuis six mois, j'ai eu :
 - a. Plus de trois partenaires différents.
 - b. Deux ou trois partenaires différents.
 - c. Un partenaire ou moins
3. Je fréquente mon partenaire actuel depuis :
 - a. Quelques semaines.
 - b. Trois à six mois.
 - c. Plus d'un an.
4. Depuis ma première relation sexuelle, j'ai attrapé :
 - a. Plus d'une MTS.
 - b. Une seule MTS.
 - c. Aucune.
5. Quand j'ai des relations sexuelles :
 - a. Je n'utilise jamais un condom.
 - b. J'utilise occasionnellement un condom.
 - c. J'utilise toujours un condom.
6. J'habite dans une ville ayant une population de :
 - a. Plus de 100 000 habitants.
 - b. 1 000 à 100 000 habitants.
 - c. Moins de 1 000 habitants.
7. Je fréquente, à des fins de rencontre, les endroits suivants :
 - a. Les discothèques, les saunas, les maisons de rendez-vous, les bars, les salons de massage.
 - b. Les clubs sportifs, les maisons de jeunes, les réunions de bureau.
 - c. Les réunions d'amis, de famille.
8. Je consomme :
 - a. Des drogues injectables et/ou de l'alcool en usage abusif.
 - b. Des drogues qui ne s'injectent pas et/ou de l'alcool de façon occasionnelle.
 - c. Jamais de drogue ou d'alcool.

RÉSULTATS

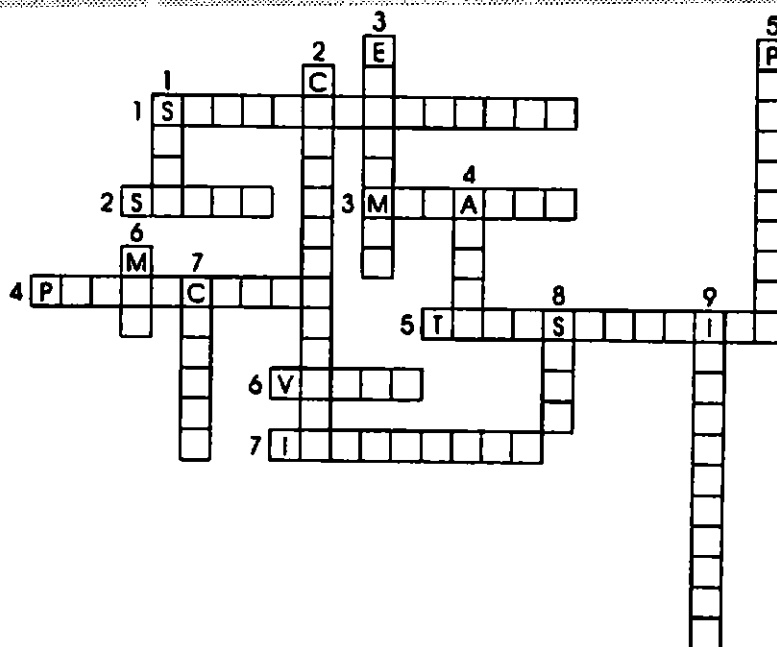
- Pour chaque réponse A Accorde 3 points, sauf pour les questions 1 et 2 où la réponse A vaut 10 points.
- Pour chaque réponse B Accorde 2 points, sauf pour les questions 1 et 2, où la réponse B vaut 6 points.
- Pour chaque réponse C Accorde 1 point, sauf pour la question 5 où la réponse C permet de diviser ton pointage total par 2.

TON RISQUE

- 4 à 14 points Ton risque d'attraper une MTS est *faible*. Par contre tout(e) nouveau (nouvelle) partenaire devient un nouveau risque.
- 15 à 27 points Ton risque est *modéré*. Tu devrais en parler ouvertement à ton médecin pour savoir s'il est nécessaire de passer des tests de dépistage. Il est recommandé que tu emploies le condom de façon régulière.
- 28 à 37 points Ton risque est *important*. Tu devrais passer des tests de dépistage régulièrement et toujours employer le condom.
- 38 points Ton risque est *élevé*. Tu as peut-être une MTS ! Vois ton médecin dans les plus brefs délais.

ATTENTION

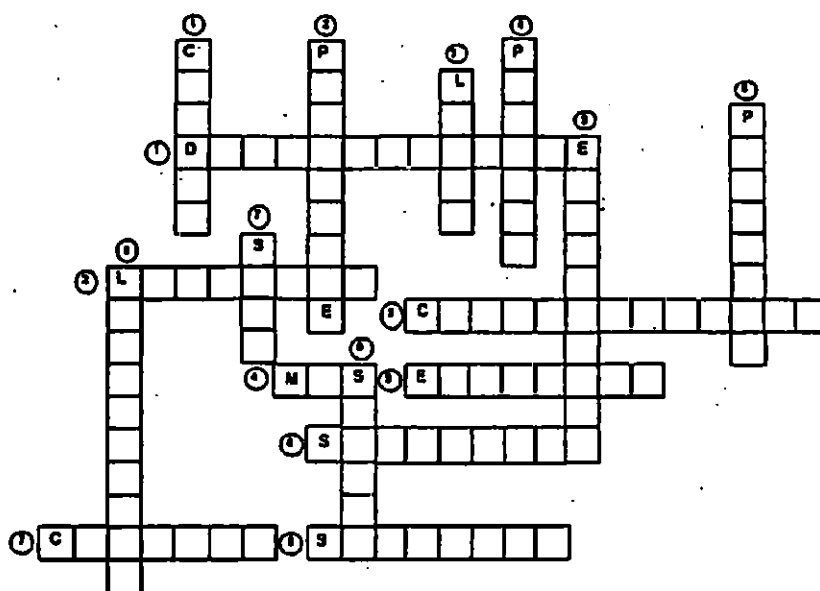
Pour connaître ton risque réel, fais passer ce test à ton ou tes partenaires. Ta vraie cote sera égale à la plus élevée de celle de tes partenaires.

Mots entrecroisés sur le sida²

HORIZONTALEMENT	VERTICALEMENT
1. Se dit d'une personne chez laquelle le test de détection des anticorps contre le virus du VIH-sida est positif.	1. Maladie grave provoquée par un virus appelé VIH et qui détruit le système immunitaire de l'organisme.
2. État de ceux dont les fonctions de l'organisme ne sont pas troublées par aucune maladie.	2. Contagion, transmission d'une maladie.
3. Ce qui apporte des problèmes de santé.	3. Maladie infectieuse qui frappe en même temps et au même endroit un grand nombre de personnes.
4. Le condom est un bon moyen de _____ contre le sida.	4. _____ ça se protège !
5. Action de faire passer un microbe ou une maladie d'un organisme à un autre.	5. Ce que l'on prend pour éviter un mal.
6. Microbe responsable de nombreuses maladies chez tous les êtres vivants.	6. Maladies qui peuvent être contractées par les relations sexuelles.
7. Altération produite dans l'organisme par un microbe.	7. Excellent moyen de protection contre les MTS et le sida.
	8. Liquide qui circule dans tous les vaisseaux à travers tout l'organisme.
	9. Action de prendre des renseignements sur quelque chose.

Vous trouverez les réponses à la page 135.

² Le Mot entrecroisé sida a été conçu par MARTINE FORTIER et a été publié dans *Guide d'activités à l'intention des infirmières intervenant auprès des jeunes de 12 à 18 ans*. Ce guide a été subventionné et distribué par le Centre Québécois de Coordination sur le sida (C.Q.C.S. (514) 873-9890) du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, décembre 1989.

Mots entrecroisés sur le condom³

HORIZONTALEMENT	VERTICALEMENT
1. Avec une pièce de 1 \$ et cet appareil, on peut se procurer des condoms un peu partout !	1. Cet excellent moyen de protection contre les MTS a plusieurs noms : préservatif, capote, « safe » ...
2. Pour augmenter la sensibilité lors d'une relation sexuelle, il est suggéré d'utiliser un condom ultra-mince et _____.	2. Un des endroits où l'on peut se procurer des condoms très facilement.
3. Le condom, utilisé adéquatement, peut prévenir les MTS et être un excellent moyen de _____.	3. Un condom fabriqué en _____ est plus efficace pour protéger contre les MTS qu'un condom en membrane naturelle.
4. Abréviation signifiant maladies qui peuvent être contractées lors des relations sexuelles.	4. Avec le condom, on peut faire durer le...
5. Il faut mettre le condom sur le pénis en _____.	5. Un condom, c'est comme le yogourt. Il faut toujours vérifier la date d'_____ avant de l'acheter et de s'en servir.
6. C'est faux de dire qu'en faisant l'amour avec un condom, on ne ressent aucune _____.	6. Avec un condom, on peut dire : vaut mieux _____ que guérir !
7. Il est recommandé de mettre le condom avant tout _____ génital.	7. Le condom est un bon moyen de prévenir cette maladie provoquée par un virus qui détruit le système immunitaire de l'organisme.
8. Faire l'amour avec un condom, c'est faire l'amour en toute _____.	8. Avec le condom, il est recommandé d'utiliser un _____ à base d'eau comme le Lubafax ou le K-Y, car la vaseline peut endommager le latex.
	9. Le _____, les sécrétions vaginales et le sang peuvent contenir le virus du sida.

Vous trouverez les réponses à la page 135.

³ Le Mot entrecroisé sur le condom a été conçu par MARTINE FORTIER et a été publié dans *Guide d'activités à l'intention des infirmières intervenant auprès des jeunes de 12 à 18 ans*. Ce guide a été subventionné et distribué par le Centre Québécois de Coordination sur le sida (C.Q.C.S. (514) 873-9890) du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, décembre 1989.

Réponses des mots entrecroisés sur le VIH-sida

HORIZONTALEMENT	VERTICALEMENT
1. Séropositive	1. Sida
2. Santé	2. Contamination
3. Maladie	3. Épidémie
4. Protection	4. Amour
5. Transmission	5. Précaution
6. Virus	6. MTS
7. Infection	7. Condom
	8. Sang
	9. Information

Réponses des mots entrecroisés sur le condom

HORIZONTALEMENT	VERTICALEMENT
1. Distributrice	1. Condom
2. Lubrifié	2. Pharmacie
3. Contraception	3. Latex
4. MTS	4. Plaisir
5. Érection	5. Expiration
6. Sensation	6. Prévenir
7. Contact	7. Sida
8. Sécurité	8. Lubrifiant
	9. Sperme

► Fiche technique — Module 5

Durée : 3 heures

Thème : La parole est à vous

Objectifs spécifiques

Permettre aux parents d'accueil :

1. De refaire le point sur l'état de leurs connaissances en matière de MTS / VIH-sida.
2. D'échanger entre pairs au sujet d'une expérience vécue au cours de la semaine.
3. De procéder à une évaluation écrite de l'ensemble de la formation.
4. De partager leur appréciation à propos de leur expérience de formation.

Activités pédagogiques

1. Accueil.
2. Seconde passation du test de connaissances.
3. Retour sur l'exercice suggéré à la quatrième rencontre.
4. Évaluation écrite portant sur l'ensemble de la formation.
5. Partage à propos de l'expérience de formation.
6. Fermeture de la rencontre.

Matériel requis

- Questionnaires de connaissances (module 1 – annexe 1 – page 13) à l'intention des parents d'accueil.
- Copies de l'annexe 1 (module 5).
- Formulaires d'évaluation du programme (module 5 – annexe 2).
- Documents à remettre :
 - Dossier de presse (module 5 – annexe 3).
 - Bibliographie (module 5 – annexe 4).

Indices pour l'évaluation

- Nombre de présences.
- Exécution de l'exercice suggéré à la rencontre précédente.
- Indices habituels : verbalisations, questions, échanges, interactions.

Ressources humaines

- L'animatrice de la rencontre (et de toute la session).
- Une personne-ressource pour partager la coanimation de la dernière rencontre.
- Les personnes-ressources qui ont participé à la session, si possible.

Mots — Outils

- ⇒ PARTAGE DES EXPÉRIENCES
- ⇒ ÉVALUATION DE LA SESSION

- ⇒ BILAN DES CONNAISSANCES

► **Déroulement de la rencontre**

1. Accueil

- L'animatrice remercie les parents d'accueil pour leur persévérance tout au long de la formation, qui a démontré leur intérêt pour les jeunes en placement, particulièrement pour leur vie amoureuse et sexuelle et la prévention des MTS / VIH-sida qui y est intimement reliée.
- S'il y a lieu, elle recueille les documents justifiant le remboursement des frais encourus (kilométrage, gardiennage) selon l'entente établie à la première rencontre.
- Elle présente le thème et le contenu de la rencontre « *La parole est à vous* » qui, en définitive, leur est offerte et consacrée.

10 minutes

2. Seconde passation du test de connaissances

- L'animatrice présente l'objectif de l'activité : annoncée dès la première rencontre, la seconde passation du test de connaissances permet aux parents de constater s'il y a une amélioration de leurs connaissances sur les MTS / VIH-sida entre le début et la fin de la formation.
- Elle rappelle le déroulement de l'activité et les modalités utilisées pour respecter l'anonymat.
- Le test se retrouve à l'annexe 1 du premier module de la session (module 1 – p. 13). Les copies du test de la dernière rencontre doivent être différenciées des copies du test de la première rencontre. Il suffit que les copies de la deuxième passation portent une mention particulière (seconde passation, post-test ou autres).
- Après l'activité, la personne-ressource procède à une correction en groupe, de la même façon qu'à la première rencontre. Elle répond aux interrogations des parents d'accueil et clarifie les ambiguïtés qui pourraient subsister.

- Les parents d'accueil reçoivent leur copie du test produite à la première rencontre ; ils peuvent constater, s'il y a lieu, les écarts entre leurs résultats du début et ceux de la fin. Selon les items, y a-t-il un maintien de la performance, une amélioration ou encore une erreur ? Les parents sont invités à commenter ces écarts, s'ils le désirent.
- Finalement, les parents peuvent comparer leurs résultats avec ceux de l'échantillon des jeunes de 15-29 ans obtenus dans le cadre de l'enquête Santé-Québec (1992). Pour ce faire, une copie du tableau présentant la proportion de jeunes ayant répondu correctement à chacun des énoncés du test est remise aux personnes participantes (module 5 – annexe 1 – p. 143). Les commentaires des parents complètent l'exercice.
- L'ensemble des copies des tests des parents est recueilli.

35 minutes

3. Retour sur l'exercice suggéré à la rencontre précédente

- Pour donner suite à l'exercice suggéré à la fin de la dernière rencontre, la **personne-ressource** invite les parents d'accueil à partager leurs expériences :
 - Quelles occasions ou événements ont-ils utilisés pour aborder la sexualité avec un(e) ou des jeunes en placement ?
 - Quels résultats ont-ils observés ? Ces résultats correspondent-ils aux attentes qu'ils avaient ? Pourquoi ?
 - Sont-ils satisfaits de cette expérience ?
 - Qu'est-ce qui permettrait ou favoriserait que la communication engagée au sujet de la sexualité puisse se poursuivre et s'améliorer ?

Remarque : *En cette dernière rencontre, il est important de rappeler aux parents d'accueil que l'établissement de la communication avec les ados, particulièrement au sujet de leur vie amoureuse et sexuelle, est un objectif à long terme, qui se développe progressivement et demande de faire preuve de respect, de tact et de persévérance. La communication implique nécessairement deux partenaires : d'un(e) jeune à l'autre, compte tenu d'une foule de raisons, le courant passera plus ou moins facilement entre parents d'accueil et jeune en placement. Le mieux que les parents d'accueil puissent faire c'est de démontrer leur ouverture et leur disponibilité à la communication.*

30 minutes

4. Évaluation écrite portant sur l'ensemble de la formation

- L'animatrice présente l'objectif de l'activité : il s'agit, de façon anonyme, d'exprimer leur appréciation concernant différents aspects de la formation. Leurs commentaires écrits sont bienvenus. Ces évaluations constituent un feed-back précieux pour les personnes qui ont dispensé la formation. Le formulaire d'évaluation se retrouve à l'annexe 2 (module 5 – pp. 144–146).
- Le déroulement de l'activité ne requiert aucune directive particulière, sauf celle de s'assurer de répondre à toutes les questions.
- Après avoir recueilli les formulaires d'évaluation, l'animatrice remercie les parents de leur collaboration et annonce l'activité qui suivra la pause.

15 minutes

Pause

30 minutes

5. Partage à propos de l'expérience de formation

- L'animatrice présente l'objectif de l'activité : il s'agit de partager entre parents d'accueil et avec les personnes qui animent la rencontre, leurs commentaires par rapport à l'ensemble de leur expérience de formation.
- Cette activité revêt une importance particulière pour les personnes participantes comme pour les personnes animatrices. L'équipe de coanimation s'assure que les parents d'accueil s'approprient cette occasion de mise au point.
- Certains processus ont été initiés et ont pu se développer au fil des rencontres de la session, que ce soit au niveau individuel, au sein des couples de parents d'accueil, à l'intérieur des familles d'accueil ou encore dans le groupe de parents participant à la formation. L'occasion est offerte à tous et chacun de nommer et de partager ces différentes expériences, ce qui permet de les intégrer davantage.
- Suite à la formation reçue, comment les parents d'accueil entrevoient-ils désormais leur rôle par rapport à la vie amoureuse et sexuelle des jeunes qui leur sont confiés ?
- Des parents qui ont déjà complété la formation ont estimé en repartir avec un « coffre d'outils » mis à leur disposition. Qu'en pensent-ils pour leur part ? Cette expression prend-elle un sens pour eux ?
- Ce « coffre d'outils » leur semble-t-il utile, suffisant, adapté à leur réalité ? Ont-ils l'impression qu'ils pourront et qu'ils auront à l'utiliser ? Est-ce que la formation leur a donné le goût et l'intention de l'utiliser ?
- L'activité de partage permet à chacun et chacune de faire le bilan de son expérience de formation et d'envisager comment cette expérience pourrait se transposer et se prolonger par la suite.

6. Fermeture de la rencontre

- L'animatrice remet aux parents d'accueil un dossier de presse qui trace un portrait des adolescents québécois d'aujourd'hui à partir d'une recherche effectuée chez les jeunes du secondaire (CLOUTIER et col., 1994, citée au module 2 – p. 30). Ce dossier constitue l'annexe 3 (module 5 – pp. 147-159). Ces articles traitent de la réalité personnelle et sociale des jeunes et permettent de revoir et/ou de compléter des aspects abordés au cours de la formation.
- Elle leur remet aussi, à titre de suggestions, quelques références traitant de l'adolescence et de la sexualité (module 5 – annexe 4 – pp. 160-168).
- Pour l'essentiel, cette dernière rencontre a été consacrée à faire le point sur l'ensemble de l'expérience de formation. En dernier lieu, il convient de solliciter le degré de satisfaction et les commentaires des parents d'accueil par rapport au déroulement de cette dernière rencontre.

Remarque : • *S'il y a lieu, l'équipe de coanimation détermine les informations pertinentes à communiquer aux parents d'accueil en cette dernière rencontre. Par exemple, quelles sont les coordonnées et disponibilité de la ou des personnes chargées d'assurer le suivi de la formation auprès des parents d'accueil. Les parents seront-ils invités à une rencontre de relance suite à la formation ? Seraient-ils intéressés à recevoir des renseignements ou de la documentation qui permettrait une mise à jour de la formation ? Ainsi de suite...*

- *L'équipe de coanimation remercie les parents d'accueil pour leur participation et collaboration tout au long de la formation et leur souhaite bonne chance et beaucoup de persévérance quant à son application.*

15 minutes

Fin de la rencontre

Sujets pour l'évaluation conjointe de l'animatrice et de la personne-ressource suite à la dernière rencontre

- Aborder les indices suggérés pour guider l'évaluation du déroulement de la rencontre (fiche technique du module 5).
- Échanger les perceptions de l'atteinte des objectifs de la rencontre.
- Envisager l'atteinte des objectifs de l'ensemble de la formation à l'aide des formulaires d'évaluation et des tests de connaissances des parents d'accueil.
- Exprimer la satisfaction face à la coanimation.
- Dégager, s'il y a lieu, des propositions qui pourraient permettre d'améliorer la formation si elle devait se dérouler à nouveau.

Annexe 1

Proportion de jeunes ayant répondu correctement à chacun des douze énoncés sondant la connaissance (Québec, 1991)

Le tableau suivant provient de l'Enquête Québécoise sur les facteurs de risque associés au VIH-sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans, publiée en 1992 dans le cadre des enquêtes de Santé Québec

NUMÉROS	DESCRIPTION DES ÉNONCÉS	RÉPONSES CORRECTES
1	On peut être infecté par le VIH-sida sans avoir de symptômes de la maladie.	Vrai 80 %
2	Lorsqu'on a déjà eu une MTS, on ne peut pas l'attraper de nouveau.	Faux 89 %
3	On peut guérir du VIH-sida si on se fait soigner très tôt.	Faux 78 %
4	On peut avoir une MTS sans avoir de symptômes de la maladie.	Vrai 79 %
5	Les pilules contraceptives protègent contre la transmission des MTS.	Faux 94 %
6	Plus on a de partenaires sexuels, plus on a de risques d'attraper le VIH-sida ou une autre MTS.	Vrai 97 %
7	L'utilisation de condoms diminue les risques de transmission du VIH-sida.	Vrai 97 %
8	Il existe des tests (analyses de sang) qui permettent de dire si quelqu'un a été infecté par le VIH-sida.	Vrai 97 %
9	Les pilules contraceptives protègent contre la transmission du VIH-sida.	Faux 94 %
10	L'utilisation de condoms diminue les risques de transmission des MTS.	Vrai 97 %
11	Quand on a un nouveau partenaire sexuel, on court des risques de contracter le VIH-sida ou une autre MTS.	Vrai 95 %
12	Une personne qui contracte le VIH-sida en s'injectant des drogues (se « shootant ») à l'aide de seringues souillées peut le transmettre par voie sexuelle.	Vrai 96 %

Annexe 2

Formulaire d'évaluation du programme **Parents d'accueil et prévention des MTS/VIH-sida chez les adolescents**

Votre opinion, s'il vous plaît

LES OBJECTIFS

1. Avant de participer à cette session, j'ai pris connaissance des objectifs du programme de formation.
☐ Oui ☐ Non
2. Les objectifs du programme sont :
☐ Très clairs ☐ Clairs ☐ Peu clairs
3. Selon moi, les objectifs du programmes sont :
☐ Entièrement atteints ☐ Presque entièrement atteints
☐ Peu atteints ☐ Non atteints

Commentaires sur les objectifs

L'ORGANISATION GÉNÉRALE

4. Je considère que la durée totale de la session (cinq rencontres de trois heures) est :
☐ Trop longue ☐ Adéquate ☐ Trop courte
5. La documentation écrite fournie est :
☐ Très utile ☐ Utile ☐ Inutile

6. Les vidéos utilisés sont :

- ☐ Très utiles ☐ Utiles ☐ Inutiles

7. Le contenu de la formation me semble :

- ☐ Trop dense ☐ Suffisant ☐ Insuffisant

8. Les moyens pédagogiques employés m'ont permis d'apprendre :

- ☐ Très facilement ☐ Facilement ☐ Difficilement

9. De façon générale, la qualité des locaux était :

- ☐ Très convenable ☐ Convenable ☐ Non convenable

Commentaires sur l'organisation

L'ANIMATION

10. En général, l'animation par les personnes qui ont dispensé la formation :

- ☐ A suscité ma participation ☐ M'a laissé(e) indifférent(e)

11. Au cours de la session, on a tenu compte de mon expérience personnelle de façon :

- ☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante ☐ Peu satisfaisante

12. Dans l'ensemble, je trouve que les personnes qui ont donné la formation, ont donné des explications :

- ☐ Claires ☐ Difficiles à comprendre

Commentaires sur l'animation

UNE APPRÉCIATION GÉNÉRALE

13. En relation avec mon rôle de parent d'accueil, je trouve que le contenu de la formation est :
- ☐ Très pertinent ☐ Pertinent ☐ Peu pertinent
14. En relation avec mon rôle de parent d'accueil, je trouve que les apprentissages que j'ai réalisés sont :
- ☐ Très pertinents ☐ Pertinents ☐ Peu pertinents
15. Je recommanderais à d'autres parents d'accueil :
- ☐ De suivre cette session
☐ De suivre cette session si des améliorations y sont apportées
☐ De ne pas suivre cette session
16. Ma satisfaction face à l'ensemble de la session de formation est :
- ☐ Très élevée ☐ Élevée ☐ Faible ☐ Très faible

Commentaires généraux

Merci de votre collaboration !

Annexe 3

Dossier de presse

L'annexe 3 comprend les textes suivants :

	Page
<i>La génération positive</i>	148
<i>Plus de la moitié des jeunes boudent le condom</i>	154
<i>Le tiers des ados vivent une relation de couple</i>	155
<i>Les adolescents nous disent qu'ils vont bien</i>	157
<i>Drogues et tabac : pas facile, même à 16 ans, de se débarrasser d'une mauvaise habitude</i>	158
<i>La vie de famille est loin d'être un calvaire pour les jeunes</i>	159

Un portrait précis des ados québécois d'aujourd'hui

SUZANNE COLFON
et LILLIANE LACROIX

Dirigée par M. Richard Cloutier du Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval, l'enquête « Ados, familles et milieux de vie » représente sûrement l'une des recherches les plus poussées sur la réalité personnelle et sociale des jeunes Québécois d'aujourd'hui.

Des 6121 jeunes choisis au hasard parmi les élèves inscrits dans les écoles secondaires du Québec, 3303 ont répondu au questionnaire envoyé en avril dernier, ce qui représente un taux de réponse de 53 p. cent. Selon M. Cloutier, ce pourcentage est excellent et comparable aux autres études d'importance menées dans cette couche de la population.

Le questionnaire, comprenant 64 questions dont certaines impliquaient plusieurs sous-questions, abordait 13 thèmes : information générale, situation familiale, occupation des parents, milieu scolaire, climat familial, relations avec le père, la mère et les frères et sœurs, relations avec les amis et relations amoureuses, sexualité, rapport à soi et projets de vie et habitudes de vie et activités.

L'échantillon compte significativement plus de filles que de garçons (56 p. cent contre 44 p. cent). Dans

le contexte où les élèves du secondaire comptent un nombre équivalent de garçons et de filles et où les invitations à répondre ont été faites au hasard dans chaque tranche d'âge, cette différence selon le sexe révèle que les garçons ont répondu en moins grand nombre que les filles, tendance souvent retrouvée dans d'autres enquêtes.

Par ailleurs, les 11-14 ans représentent 43 p. cent de l'échantillon comparativement à 55 p. cent pour les 15-

19 ans, ce qui donne aussi lieu à une différence significative. Pour les fins de comparaison, on note que les répondants ont d'ailleurs été répartis en deux groupes dans l'analyse des résultats, soit les 11-14 ans d'une part et les 15 à 19 ans d'autre part.

Donner la parole aux ados

L'équipe de M. Cloutier précise d'entrée de jeu qu'elle n'a d'abord vou-

lu « donner la parole aux jeunes eux-mêmes et en tracer un portrait qui reflète, pour une large part, une perception de ce qu'ils vivent dans leurs milieux ».

L'absence de presque la moitié des jeunes sollicités et particulièrement des garçons ne contribue-t-elle pas à tracer un portrait peut-être trop « rose » de l'adolescent d'aujourd'hui ?

« Même s'il est bon, le taux de réponse nous laisse tout de même avec

contact avec 47 p. cent de la population des adolescents. Qui sont les jeunes qui n'ont pas répondu et comment se comparent-ils aux autres ? La question reste ouverte », admettent les auteurs de l'enquête dans leurs conclusions.

« Le taux de réponse moins élevé des garçons devra rester présent à notre esprit dans l'interprétation des résultats publiés. Il ne peut que ceux qui refusent ou négligent de collaborer à ce type d'enquête, sans impliquer qu'il faut le reconnaître, ne présentent peut-être pas exactement le même profil que ceux qui acceptent de le faire, précisent les auteurs de l'étude. L'hypothèse la plus courante veut que les non-répondants présentent des indices d'ajustement psychosocial moins élevés que les répondants. »

« Il est probable que le tableau soit un peu moins rose chez les 47 p. cent d'absents, mais de combien, c'est très discutable, déclare M. Cloutier. Somme toute, le portrait brossé nous donne tout de même une bonne indication de ce que les jeunes vivent. Tout sondage ou enquête n'est malheureusement pas à l'abri de cela. »

Selon lui, les données de base fournies par les répondants sur la composition de leur famille, par exemple, concordent avec les statistiques officielles, ce qui semble confirmer la validité de l'échantillon et sa représentativité.

Faits saillants

- Plus de 80 p. cent des ados se disent prêts à vivre une relation amoureuse, mais seulement 33 p. cent sont en couple.
- La moitié des filles qui vivent une relation amoureuse ont un chum plus âgé qu'elles d'un mois deux ans.
- La durée moyenne des relations amoureuses en cours est de 6,7 mois.
- 37 p. cent des jeunes qui sont en amour croient que cela va durer quelques années et 27 p. cent d'entre eux pensent que c'est pour la vie.
- À 13 ans, 13 p. cent des jeunes ont eu une relation

sexuelle. Ce pourcentage s'élève à 50 p. cent à 16 ans et à 75 p. cent à 18 ans.

• Les couples d'ados passent en moyenne 26,7 heures ensemble par semaine.

• La moitié des jeunes sexuellement actifs n'utilisent pas toujours le condom. Et 3 p. cent d'entre eux n'emploient aucune forme de contraception.

• 62 p. cent des ados sexuellement actifs n'ont eu qu'un seul partenaire au cours de la dernière année.

• 4 p. cent des répondants ont eu une relation sexuelle contre leur gré.

50% des jeunes ont encore leur pucelage à 16 ans

Voici la première tranche d'une vaste enquête menée sur la vie des adolescents du Québec d'aujourd'hui. Les résultats de cette enquête sont publiés dans un sondage réalisé auprès de 3025 jeunes âgés de 11 à 19 ans. L'étude a été menée par le Bureau de l'Année Internationale de la famille et l'Association des centres jeunesse du Québec, en collaboration avec l'Université Laval, La Presse, les ministères de la Santé et de l'Éducation, Radio-Québec et la Fondation Cité des Prairies. Demain, il sera question de drogues, alcool, cigarettes et suicides et, lundi, de la famille et du climat à l'école.

La génération positive

SUZANNE COLLEON
et LILIANNE LACROIX

1. ■ Les jeunes sont moins pressés de faire l'amour qu'on pourrait le croire. Une enquête sur les habitudes de vie des adolescents québécois révèle que la moitié d'entre eux sont encore vierges à 16 ans.

Ce pourcentage passe à 25 pour cent chez les jeunes âgés de 18 ans.

« Les clichés sur l'adolescent actif sexuellement dès l'âge de 14 ans doivent être corrigés », font remarquer les auteurs de l'étude qui a été menée par le Bureau de l'Année Internationale de la famille et l'Association des centres jeunesse du Québec.

Moins du tiers des 3154 jeunes qui ont répondu à cette question disent avoir eu une relation sexuelle, soit 29 pour cent des garçons et 33 pour cent des

filles. Tel qu'on pouvait s'y attendre, cette proportion est nettement plus élevée chez les adolescents de 15 à 19 ans (46 pour cent) que chez les jeunes de 11 à 14 ans (13 pour cent).

« Il est plausible de situer à plus de 16 ans l'âge moyen de la première relation sexuelle chez les jeunes Québécois », ajoutent les auteurs.

On observe, par ailleurs, que l'âge moyen de la première relation chez les adolescents sexuellement actifs est de 14,7 ans. Cette moyenne est obtenue uniquement auprès des répondants (975) qui ont déjà fait l'amour. Elle exclut les autres qui sont encore vierges.

Il ressort également que les adolescents de 17 et 18 ans vivant dans des familles reconstituées sont plus souvent actifs sexuellement que ceux qui vivent avec leurs deux parents. Les ados actifs n'ont pas plus souvent de problèmes avec la police et pas moins d'aspirations scolaires. Mais, curieusement, les jeunes de 11 à 14 ans sexuellement actifs sont de plus grands consommateurs de drogue et d'alcool.

L'enquête ne permet pas de comparer les adolescents d'aujourd'hui aux jeunes des années 70 et 80 en matière d'activité sexuelle. Les auteurs constatent toutefois que l'écart typique observé entre les garçons et les filles n'existe plus comme avant.

Ils notent, enfin, que la première relation sexuelle a lieu dans le cadre d'une relation amoureuse pour la majorité des répondants (71 pour cent). Près de la moitié (42 pour cent) des jeunes qui ont un chum ou une blonde depuis un mois sont sexuellement actifs. Cette proportion passe à 88 pour cent chez ceux qui se fréquentent depuis plus d'un an. □

La première fois...

« Dieu que ça fait mal ! » disent les filles

La génération positive

SUZANNE COLPRON
et LILIANNE LACROIX

La première fois, c'était chez elle. Sophie avait 15 ans. Ses parents étaient partis, son frère aussi. « J'étais seule avec mon chum. On écoutait la télé. On a commencé les minouches, minouches. Puis, on est allés dans ma chambre. Le linge a commencé à prendre le bord. Il m'a demandé si j'étais prête. J'ai dit oui. » Sophie aurait aimé qu'il fasse noir. Très noir. Mais son copain avait laissé une petite lampe allumée. « J'étais gênée. C'était la première fois qu'il me voyait complètement nus. On avait mis de la musique et on s'est embrassés. C'était drôle parce qu'il fallait mettre le condom. On ne savait pas trop comment ni à quel moment. Il voulait que je lui tourne le dos parce qu'il était gêné. »

Au début, poursuit Sophie, c'était agréable. « Mais à la longue, ça faisait mal. J'étais contente que ça finisse. J'avais peur que mes parents arrivent. J'en garde quand même un bon souvenir. Je vais toujours m'en rappeler. Au début, je ne savais pas si c'est ça que je devais ressentir. Mais c'était mieux de soir en soir. »

Sophie a fait l'amour « une ou deux fois » sans en avoir vraiment le goût.

Elle n'est pas la seule. Selon l'étude réalisée par le Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval, 18 p. cent des filles ont vécu pire ; elles ont eu des relations sexuelles contre leur gré. Ce pourcentage atteint 4 p. cent chez les garçons.

Il n'y a pas, toutefois, de différence significative selon l'âge des répondants : « Les abus semblent donc se produire aussi souvent de 11 à 14 ans que de 15 à 19 ans », notent les auteurs.

C'était moche

Christian, lui, est seul depuis quelques mois. À 16 ans, il a déjà vécu deux relations amoureuses. La première a duré six mois et l'autre, un an et demi.

« La première fois, relate-t-il, j'avais 14 ans. C'était moche. On ne savait pas vraiment comment s'y prendre. On se connaissait assez bien. C'était chez elle, de bonne heure le matin. J'avais dormi là, ses parents étaient absents. Ensuite, on faisait l'amour toutes les semaines. »

M.A. le faisait tous les jours.

Il avait 15 ans quand il a fait l'amour pour la première fois, l'an dernier. « C'était ma blonde depuis trois mois, précise-t-il. Ça a été trop court. Pour elle sans doute, mais aussi pour moi. Mais ça a été très positif. Nos parents travaillaient. Alors, on allait chez elle ou chez moi. »

« On allait souvent dans sa chambre. On niait, on écoutait des films. Le problème, c'est qu'on ne faisait pas grand-chose. Je n'aimais pas ses amis, elle n'aimait pas les miens. Elle ne voulait pas sortir, moi oui. Finalement, ça a craqué. Au début, on passait cinq ou six heures par jour ensemble. Mais à la fin, deux heures, c'était déjà trop. »

Une seule fois

Cléo, elle, a fait l'amour une seule fois. « Non, avoue-t-elle, ce ne fut pas une belle expérience. Ça fait mal ! Ah mon Dieu, que ça fait mal ! Mais on dit que la première fois, ça fait toujours mal. »

Depuis trois mois, elle a son premier chum, enfin le premier qu'elle aime.

Pour Marie, c'est encore plus récent : cinq jours.

« J'ai eu deux autres chums avant. Je suis sortie deux mois avec le premier et quatre mois avec l'autre. Non, je n'ai encore jamais fait l'amour. J'ai hâte de vivre cette expérience-là. Mais je ne me sentais pas prête avec le premier. Et je n'ai pas eu l'occasion avec le deuxième. La plupart des gens avec qui je me tiens l'ont fait. Mais ça ne me gêne pas. Souvent, ils vont me compter leurs histoires d'amour, j'aime ça. »

Lise n'a eu que des histoires d'amour courtes.

À 15 ans, elle a déjà connu une dizaine de chums. Mais seulement deux « sérieux ». Elle avait 14 ans lors de

sa première relation sexuelle. C'était avec son voisin. « Ce n'était pas vraiment bien, confie-t-elle. Ça faisait mal. On était chez lui, dans son lit. J'habitais juste à côté, j'avais dit à ma mère que je rentrerais à 9 h du soir, mais je suis rentrée à 2 h du matin. Ma mère avait appelé la police. »

« Elle sait que je fais l'amour, mais elle n'aime pas vraiment ça. Elle veut que j'utilise le condom. Elle ne veut pas que ce soit chez nous ni avec n'importe qui. »

Le père de Karyne est plus catégorique. Il refuse que sa fille fréquente un garçon. « Il trouve que c'est une perte de temps, explique-t-elle. Il a peut-être raison, car quand je suis en amour, je ne pense qu'à ça. »

Karyne a tout de même eu un chum pendant cinq mois. « On se voyait en cachette, dit-elle. Ça a brisé à cause de ça. J'ai gardé contact avec lui, mais maintenant c'est amical. Ça a été une grosse peine d'amour, ça a été terrible pour moi, dramatique. »

Elle n'avait jamais fait l'amour avec lui. « Je ne sens pas de pression. Je veux faire ça quand je serai majeure. Il y en a peut-être qui trouvent ça ridicule, mais je veux me respecter, attendre d'être prête. »

Mélissa, elle, avait 15 ans la première fois. Elle le regrette un peu.

« C'était bien, mais ça ne valait pas la peine, dit-elle. Je ne suis pas sortie avec lui longtemps. Je me disais, si on couche ensemble ça va peut-être s'améliorer. Mais ce n'était pas l'extase. C'était la première fois pour nous deux. »

DEMAIN :

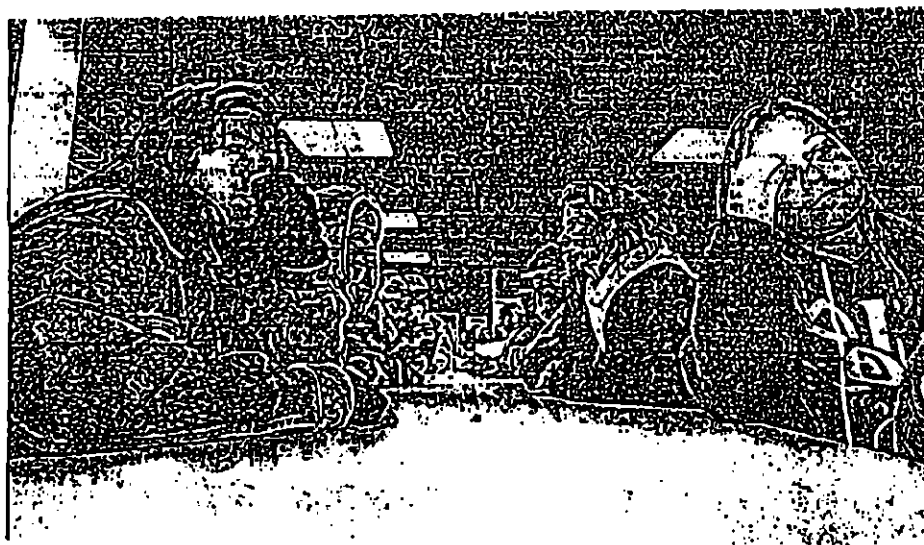
Droque, alcool,
cigarette et suicide

A 8

La génération positive

FAITS SAILLANTS

- Le projet de fonder une famille est très important chez les ados: 87 p. cent d'entre eux veulent des enfants.
- La plupart des jeunes se disent satisfaits des relations qu'ils vivent dans leur famille.
- Les filles évaluent le climat familial de façon plus critique que les garçons.
- Les adolescents ont en moyenne 27 amis.
- Les jeunes évaluent très positivement le climat de leur école.
- La moitié des jeunes disent avoir des résultats scolaires dans la moyenne et 39 p. cent, au-dessus de la moyenne.
- 55 p. cent des ados comptent faire des études universitaires, ce qui dépasse largement la proportion de la population qui atteint ce niveau de scolarité.



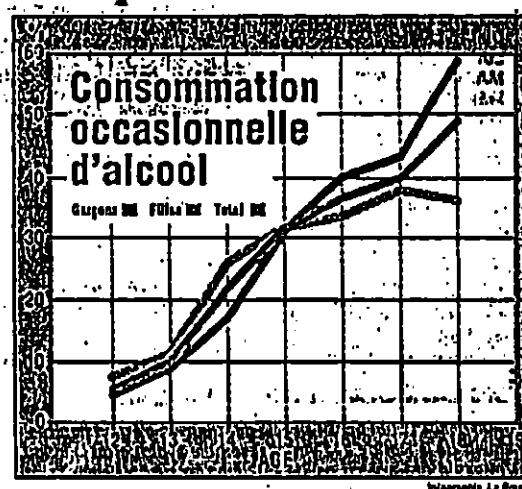
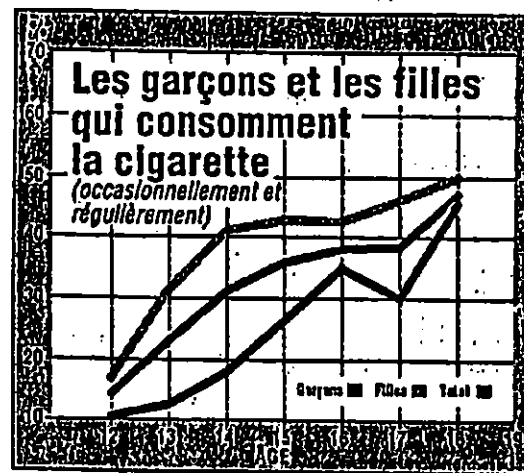
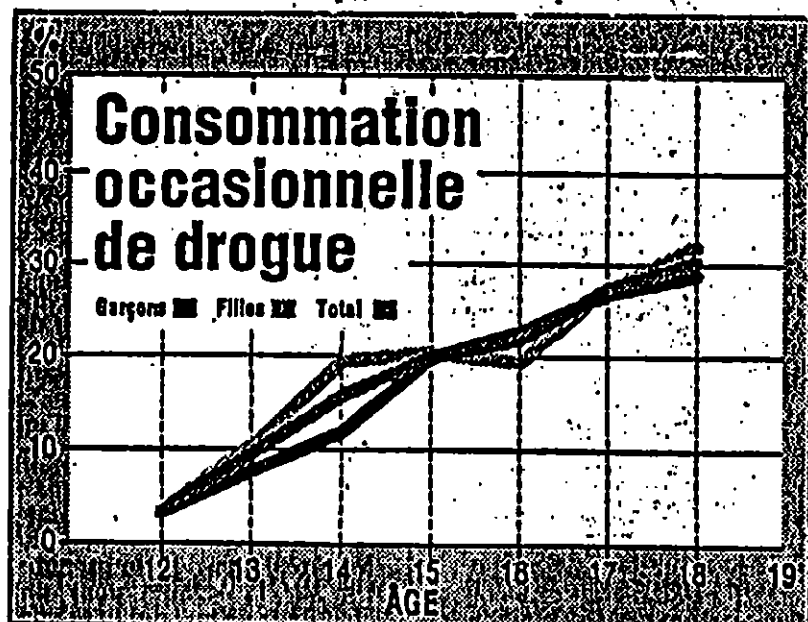
Les filles ont de plus fortes aspirations scolaires que les garçons. Elles sont plus nombreuses à vouloir aller à l'université.

La génération positive

La Presse, Montréal, lundi 17 octobre 1994

Faits saillants

- 3,3 p. cent des ados consomment régulièrement de la drogue.
- 16 p. cent des répondants fument régulièrement la cigarette.
- 2,6 p. cent des jeunes consomment régulièrement de l'alcool.
- 11,6 p. cent des adolescents ont essayé de se tuer.
- 30 p. cent des jeunes se disent victimes de discrimination en raison de leur apparence physique.



La génération positive

Les jeunes fument plus, mais pas que du tabac!

SUZANNE COLPRON
et LILIANNE LACROIX

2. ■ La consommation de drogue a augmenté de façon significative chez les élèves du secondaire au cours des trois dernières années.

Cette donnée ressort de l'enquête la plus approfondie jamais réalisée sur les habitudes de vie, les problèmes et les aspirations des adolescents du Québec et dont nous avons présenté la première partie dans notre édition d'hier.

Ménée par le Bureau québécois de l'Année Internationale de la famille et l'Association des centres jeunesse du Québec, en collaboration avec l'Université Laval et La Presse, l'étude révèle que 4 pour cent des garçons et 3 pour cent des filles prennent régulièrement de la drogue, comparativement à 0,9 pour cent et 0,5 pour cent respectivement en 1991. Les consommateurs occasionnels sont au nombre de 14 pour cent.

Même phénomène pour la cigarette: les fumeurs sont de plus en plus nombreux.

Près d'une fille sur cinq (19 pour cent) et 13 pour cent des garçons fument régulièrement la cigarette. En 1991, ces pourcentages étaient de 11 pour cent pour les filles et de 7 pour cent pour les garçons.

La Presse, Montréal, lundi 17 octobre 1994

« Pourquoi les filles fument-elles plus que les gars? » demandent les auteurs de la recherche menée auprès de 3200 jeunes de 11 à 19 ans.

Il semble que ce soit au début de l'adolescence que les filles prennent de l'avance (entre 11 et 14 ans) en matière de consommation de cigarettes. Elles sont aussi plus nombreuses que les garçons à prendre de la drogue et de l'alcool. Mais cette avance, elles ne la conservent que pour la cigarette dans la seconde tranche de l'adolescence (15 à 19 ans).

Les auteurs risquent une explication: « Les filles, disent-ils, sont biologiquement plus précoces que les garçons et de ce fait, elles sont susceptibles d'être exposées plus tôt à des influences sociales et des expériences que les garçons connaîtront plus tard. Le tabagisme plus grand des femmes serait une séquelle sociale de leur précocité biologique combinée à l'influence de leurs pairs. »

VOIR JEUNES EN A

■ Drogue et tabac: pas facile, même à 16 ans, de se débarrasser d'une mauvaise habitude. Page A4

Plus de la moitié des jeunes boudent le condom

En moins de la moitié des jeunes (48 p. cent) utilisent toujours le condom lors des relations sexuelles. Chez les jeunes actifs sexuellement, 21,8 p. cent l'utilisent la plupart du temps, 15,5 p. cent parfois et 14,6 p. cent jamais. Sachant que la seule protection sûre contre les MTS demeure le condom, les données révèlent donc que plus de la moitié des jeunes vivent des risques au moins occasionnels.

Les garçons semblent toutefois plus prudents que les filles à ce chapitre puisque 59 p. cent d'entre eux disent l'utiliser toujours contre 41 p. cent pour les filles.

— Au début, on a pris un condom, déclare Steven, 16 ans, de Val d'Or. Mais après un mois et demi, on s'est arrêté. Je trouve ça plat avec un condom.

— On a utilisé le condom quatre ou cinq fois, puis on a laissé tomber, avoue M. P., 16 ans, de Saint-Eustache. Elle prenait la pilule et elle me disait que j'étais le premier. Je le croyais, car pour moi aussi, c'était la première fois.

Pas de surprise

S'ils l'inquiètent, ces chiffres ne surprennent nullement le Dr Cerveau Fréchette, médecin à la clinique l'Actuel :

« C'est exactement le reflet de ce qu'on voit. Le message de prévention ne passe pas. »

Selon lui, les adolescents savent bien

Utilisation des contraceptifs					
	Toujours	La plupart du temps	Parfois	Jamais	Ne sait pas
Condom	48,2	21,8	15,5	14,6	0,9
Autre contraceptif	40,1	26,1	17,6	17,1	7,9

Infographie La Presse

que les adultes font l'erreur de se fier aux apparences : « On nous répond souvent que le partenaire était propre, qu'il sentait bon, qu'il avait l'air correct... Puis, les patients parlent à rir en réalisant combien tout cela n'a aucun rapport. Mais ça n'empêche pas que des gens intelligents continuent à nous dire qu'il avait l'air fin et qu'elle était donc belle. Au-delà de cela, il y a la réalité : depuis janvier dernier, 32 de mes patients sont morts. »

Pour le Dr Fréchette, les docteurs ont à refaire : « Il ne faudrait pas vendre les condoms, il faudrait les donner. Une personne sur cinq à Montréal n'a pas d'emploi. Quant aux ados, ils n'ont pas d'argent et ils ne paieront certainement pas pour quelques choses qu'ils n'aiment même pas. »

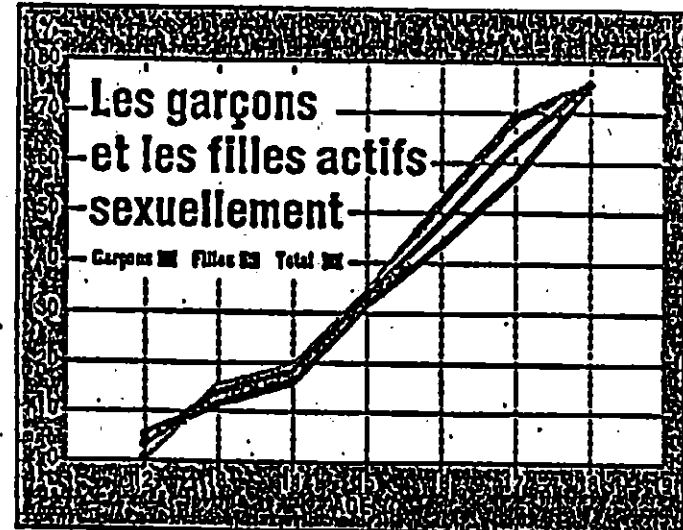
Même à part la question d'argent, il y a aussi une éducation primaire à assurer : « Il faudrait faire des démonstrations dans les écoles, déclare le médecin. Plusieurs personnes, des

adultes aussi bien que des adolescents ne savent même pas de quel côté dérouler le condom. Si c'est la première fois qu'il l'utilise, il se pourrait bien que le garç ait de la difficulté à maintenir son érection. Mais quel adolescent un peu macho serait prêt à admettre cela ? »

La plus grande pourcentage de filles qui n'utilisent pas le condom ne surprend pas non plus le spécialiste : « Moralement ou émotionnellement, les filles ont souvent l'impression qu'elles n'ont pas le choix. Elles ne veulent pas déplaire. »

Les jeunes homosexuels

Le risque est particulièrement grand chez les jeunes homosexuels, dit le spécialiste : « Mal accueillis par leur entourage, beaucoup de ces jeunes ne s'alimentent pas et adoptent des comportements presque suicidaires. Drogues, alcool, bavons beaucoup et balcons tout ce qui bouge, semblent-ils se dire. Ce n'est évidemment pas



Infographie La Presse

le cas de tous les homosexuels, présente le spécialiste, mais certains semblent véritablement aspirés par cette spirale mortelle. »

Le danger de sida, sans compter toute la panoplie des MTS, guette aussi les hétérosexuels : « Chez nous, le sida touche encore surtout les homosexuels et les consommateurs de drogues, mais aux États-Unis les hétérosexuels sont de plus en plus tou-

chés et nous craignons fort que le même pattern se répète bientôt ici. »

Si tous ne sont pas sensibilisés, certains jeunes semblent avoir capté le message des spécialistes des MTS : « Le condom, je l'utiliserai jusqu'à ce que je veuille un enfant, déclare Cécile, 14 ans, de Sept-Îles. Sans cela, il n'en est pas question. Le sida, c'est peut-être une bonne façon de se suicider, mais ça ne m'intéresse pas. »

Le tiers des ados vivent une relation de couple

Même si plus de 80 p. cent des ados se sentent prêts à vivre une relation amoureuse, dans les faits, seulement le tiers d'entre eux ont un chum ou une blonde.

Les filles sont plus souvent en amour que les garçons. Et règle générale, elles ont des copains plus âgés qu'elles d'au moins deux ans. Elles sont aussi plus romantiques. Les filles pensent que leur relation amoureuse va durer plus longtemps que les garçons.

« Plusieurs mois », disent-elles dans une proportion de 33 p. cent. « Toute la vie », ajoutent 28 p. cent des répondantes au sondage.

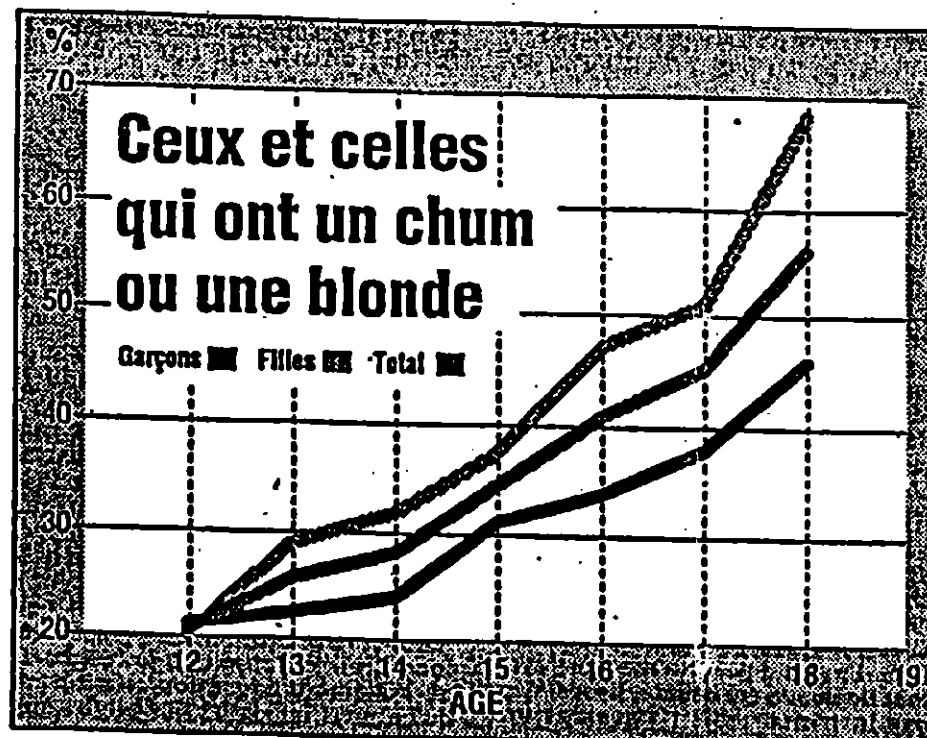
Au moment de l'enquête, menée auprès de 3200 jeunes de 11 à 19 ans, la durée moyenne des relations amoureuses des ados était de 6,7 mois. Elle était de trois mois chez les 11 à 14 ans et de huit mois chez les 15 à 19 ans.

La majorité des répondants (62 p. cent) n'ont eu qu'un seul partenaire au cours de la dernière année. Seulement 20 p. cent d'entre eux ont eu deux partenaires. Trois partenaires : 8 p. cent.

Dans l'ensemble, les jeunes se disent très satisfaits de leur relation amoureuse. Ils passent, en moyenne, 27 heures par semaine avec leur chum ou leur blonde.

« Il s'agit d'une période de temps considérable, équivalent à près de quatre heures par jour, un seuil que plusieurs couples de parents ne pourraient atteindre », font remarquer les auteurs de l'étude.

Ils ajoutent : « Tel qu'on pouvait s'y attendre, la moyenne est significativement plus élevée chez les répondants de 15 à 19 ans (30 heures par



Infographie La Presse

semaine) que chez ceux de 11 à 14 ans (21 heures par semaine). »

Le plus souvent, les jeunes se voient « seuls tous les deux » (37 p. cent) ou « avec des amis » (29 p. cent). Le lieu de rencontre préféré est « chez lui » ou « chez elle ». Il est suivi de l'école, de l'extérieur — « sans endroit précis » — et des centres commerciaux.

On constate aussi que l'égalitarisme domine dans les relations de couples d'adolescents.

« Qu'il s'agisse des initiatives de contacter l'autre, de choisir les activités, de payer ou d'évaluer l'attache-

ment mutuel, les garçons comme les filles évaluent à plus de 60 p. cent une participation égale des deux membres du couple », indiquent les auteurs.

« Observe-t-on ici une nouvelle tendance ou simplement une réalité appelée à évoluer graduellement vers les schémas plus traditionnels de répartition des rôles sexuels dans le couple ? » demandent-ils. « L'avenir pourra peut-être nous fournir une réponse. »

Cela dit, l'enquête révèle que les jeunes vivent difficilement les ruptures. L'incident de parcours vécu par

La Presse, Montréal, dimanche 16 octobre 1994

Le tiers des ados vivent une relation de couple

Surtout mon chum... surtout ma blonde		Surtout mon chum ma blonde	Surtout moi	Les deux également	Ne s'applique pas
Qui contacte l'autre la plus souvent?	Garçons	15,6	17,6	65,3	1,5
	Filles	18,9	14,8	65,0	1,4
	Total	17,7	15,8	65,1	1,4
Qui s'occupe de choisir les activités que vous faites?	Garçons	6,7	10,6	80,9	2,6
	Filles	7,1	8,3	81,3	3,3
	Total	5,9	9,1	80,9	3,0
Qui paie?	Garçons	2,6	27,6	62,8	7,0
	Filles	24,6	2,9	64,3	8,2
	Total	16,5	12,0	63,8	7,8
À ton avis, qui est le plus attaché à l'autre dans votre relation?	Garçons	19,7	19,6	65,2	1,5
	Filles	19,6	18,3	60,3	11,2
	Total	19,6	16,9	62,1	11,3
Lorsqu'il y a un conflit entre vous deux, qui cherche à trou- ver une solution?	Garçons	14,2	16,2	67,2	12,4
	Filles	14,4	22,5	64,2	8,9
	Total	14,3	20,2	65,3	10,2
S'il y a de la violence verbale entre vous, de qui vient- elle surtout?	Garçons	3,1	19,5	17,7	60,9
	Filles	7,0	14,0	14,9	63,3
	Total	6,4	15,9	15,9	65,4
S'il y a de la violence physique entre vous, de qui vient- elle surtout?	Garçons	2,3	1,3	3,6	92,8
	Filles	2,9	2,3	2,4	92,4
	Total	2,7	1,9	2,9	92,6

Infographie La Presse

le plus grand nombre d'adolescents est la peine d'amour (60 p. cent). Il devance la mort de quelqu'un de proche (50 p. cent), le rejet par les amis (28 p. cent), un problème sérieux à

l'école (25 p. cent) et une séparation parentale (22 p. 100). Et les filles ont plus souvent le cœur brisé que les garçons (67 p. cent contre 50 p. cent).

La Presse, Montréal, dimanche 16 octobre 1994

Les adolescents nous disent qu'ils vont bien

Le monde des filles est plus dur que celui des gars, mais ceux-ci sont plus à risque d'échecs ou d'abandon scolaire

SUZANNE COLPRON
et LILIANNE LACROIX

« Les jeunes vont bien. Contrairement à l'un des stéréotypes les mieux ancrés dans notre conception sociale de « l'âge ingrat », le tableau brossé par les jeunes eux-mêmes nous met en face d'une adolescence réjouissante.

« La première grande constatation que nous devons faire devant ce tableau est qu'il est globalement positif », admet l'équipe de M. Richard Cloutier, du Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval, qui a réalisé l'enquête.

« Qu'il s'agisse de leur perception d'eux-mêmes, de leur famille, de leur père, de leur mère, de leurs frères et sœurs ou de leur école, la partie positive du tableau remporte constamment une victoire écrasante sur la partie négative. Les jeunes nous disent qu'ils vont bien, qu'ils aiment leur famille, qu'ils se sentent à l'aise à l'école et qu'ils envisagent leur avenir avec beaucoup d'optimisme. »

Sont-ils naïfs? Devant les difficultés qui les attendent, les problèmes d'environnement, de dettes publiques, de maladies nouvelles, etc., etc., ne devrions-nous pas nous employer plus activement à les convaincre de leur malheur?

« Non, répondent les auteurs dans leur conclusion. Dès le départ, nous avons choisi d'étudier la réalité des jeunes en leur parlant à eux. Malheureusement, il faut les croire, prendre leur parole: les ados nous disent qu'ils vont bien. »

Ce tableau, tout positif qu'il soit, n'exclut toutefois pas complètement les problèmes. Les zones négatives existent elles aussi et devront être prises en compte de façon sérieuse. S'il nous disent que, dans l'ensemble, ils vont bien, les jeunes nous traduisent en même temps des préoccupations sérieuses: 12 p. cent d'entre eux rapportent avoir déjà fait une tentative de suicide; 3 p. cent consomment régulièrement de la drogue; 12 p. cent des filles disent avoir été victimes d'un abus sexuel, etc.

Les filles et les garçons,
deux mondes

C'est toutefois la différence marquée entre la réalité vécue par les filles (ou leur perception de cette réalité) qui a le plus surpris les chercheurs.

Selon eux, la précoçité biologique des

filles semble avoir des conséquences tangibles sur les expériences psychologiques et sociales de l'adolescence.

Les filles sont mieux ajustées à l'école, plus critiques dans leur évaluation du climat de leur famille, moins positives dans l'évaluation de leur relation avec leur père. Elles ont plus souvent un chum et la moitié d'entre elles vivent cette relation avec un partenaire d'au moins deux ans plus vieux qu'elles. Les filles seraient cinq fois plus sujettes à vivre une relation sexuelle contre leur gré. Elles se sentent moins bien dans leur peau et sont plus nombreuses que les garçons à fumer la cigarette régulièrement. « Pourquoi tant de différences? » se demandent les auteurs de l'enquête.

« Les résultats semblent nous dire que le monde des filles est plus dur que celui des gars », admet M. Cloutier.

Les auteurs appellent toutefois que la spécificité masculine présente elle aussi des vulnérabilités et des risques d'échecs dans le processus de socialisation. Ainsi, les garçons sont plus à risque d'échecs ou d'abandon scolaire, ce qui constitue une dimension majeure dans l'accès à l'autonomie adulte.

« On retrouve 57 p. cent de femmes au premier cycle à l'université et 52 p. cent au deuxième cycle », rappelle M. Cloutier. Au 21^e siècle, il est clair que les filles vont fournir des performances plus grandes. Les gars vont se retrouver avec leurs gros bras et leurs petits cerveaux comme consommateurs de services. »

L'adolescent, reflet de sa famille

« Les relations familiales remontent comme la zone clé de la réalité des jeunes », avancent les chercheurs dans leurs conclusions. Les ados qui vivent de la

discordance et de la violence dans leur famille, qui ne sont pas respectés par leurs parents ont beaucoup plus de chances de se sentir mal dans leur peau, moins à l'aise à l'école, moins optimistes face à leur avenir, moins soutenus par leurs amis. La qualité relationnelle dans la famille ressort comme un déterminant puissant, sinon le plus puissant, de la qualité de vie personnelle et sociale des adolescents. »

Les parents peuvent faire la différence

« On s'attendait à ce que les jeunes disent à leurs parents de déguer. Mais non, ils veulent plus de contact, des meilleurs contacts aussi », déclare Richard Cloutier.

« Les familles où il y a de la violence sont aussi moins ouvertes aux amis de sorte que le réseau d'amis de l'adolescent doit se déployer en marge de la famille loin de la supervision parentale », rappelle aussi les chercheurs.

« Les adolescents souhaitent clairement se rapprocher et vivre une meilleure qualité relationnelle avec leurs parents. Comment ceux-ci peuvent-ils combler ces souhaits? Comment peuvent-ils faire la différence? » se demandent les auteurs de l'enquête.

Puis ils avancent une réponse: « En travaillant de tout leur poids à éliminer la violence verbale et physique entre les membres de la famille, en faisant la promotion du respect, du soutien et des témoignages d'affection entre les membres, en ouvrant la famille au réseau social du jeune. »

Aspirations scolaires selon l'âge et le sexe									
	Garçons			Filles			Total		
	11-14	15-19	Total	11-14	15-19	Total	11-14	15-19	Total
Universitaires	57,8	41,4	49,0	62,7	58,1	60,1	60,5	50,9	55,3
Collégiaux	30,3	16,2	33,5	28,0	32,0	30,2	29,0	33,0	31,6
Secondaires	11,1	20,6	16,2	8,5	9,0	8,8	9,8	14,0	12,0
Abandon avant l'université	0,0	1,0	1,3	0,9	0,6	0,9	0,9	1,2	1,1

Drogue et tabac: pas facile, même à 16 ans, de se débarrasser d'une mauvaise habitude

SUZANNE COLPRON
ET LILIANNE LACROIX

■ La première fois qu'il s'est trouvé en centre de réhabilitation, c'était contre son gré, à la suite d'une dispute avec son père. Cette fois, Steeve D. a choisi lui-même, il y a cinq mois, de retourner à ce centre jeunesse de Val d'Or pour se débarrasser de cette habitude de drogue qui avait envahi sa vie au point de faire disparaître tout le reste. Il a 16 ans.

«J'ai commencé à 11 ans, avec un joint, pour suivre mon cousin et ses amis et parce que je trouvais ça cool. Avant, je faisais de la planche à neige et du hockey, mais là, tout avait arrêté, sauf la drogue. Tout mon argent y passait. J'en étais rendu au point où il aurait fallu que je me vende pour payer ma consommation. Mais je ne voulais pas me plonger dans cette merde-là...»

Les policiers l'avaient déjà à l'oeil depuis qu'il avait fait «quelques petits coups». Depuis deux ans, il avait quitté l'école et l'avenir semblait vide. «Tout commençait à dégringoler», avoue-t-il.

Malgré ses amis qui l'enjoignaient de «slacker» un peu, malgré sa blonde qui l'entraînait ailleurs quand il dépassait les limites, rien n'y faisait. «Au moment de rentrer ici, je fumais tous les jours et le week-end, je faisais du chimique (PCP et acide) et je

buvais de l'alcool. Je consommais au moins trois à quatre fois plus que mes amis.»

Depuis qu'il est au centre, Steeve ne trouve pas la sobriété trop dure à vivre: «J'en parle beaucoup et les conseillers m'aident à comprendre le pourquoi. C'est quand j'ai droit à une sortie que j'ai de la misère. Quand mes chums vont dans des parties, je rentre plus tôt ou je n'y vais pas.»

Ses parents avec qui il a renoué les contacts rendus difficiles par ses habitudes de vie, son frère aîné, ses amis, tout ce monde le soutient. Il sait que le retour à l'extérieur sera difficile mais il demeure confiant: «Il me reste encore trois mois ici. J'ai encore le temps de travailler là-dessus.»

Il songe maintenant à finir son secondaire et voudrait devenir conseiller en toxicomanie auprès des jeunes.

Essayer d'écraser

Pendant que Steeve essaie de débarrasser sa vie de la drogue, d'autres jeunes tentent tout simplement «d'écraser». À 15, 16 ans, il n'est pas rare qu'un jeune ait déjà essayé à plusieurs reprises d'arrêter de fumer la cigarette. C'est le cas de Josiane Goyer, 16 ans, étudiante de secondaire V à l'école Saint-Maxime de Laval, qui fume depuis deux ans.

«J'ai fait quelques tentatives, mais ça a duré deux jours. Quand tu te rends compte que tu engraisse de cinq livres, tu recommences», avoue-t-elle. La drogue, par contre, pas question: «J'ai touché à ça une fois, mais ce n'est pas un trip que j'aime.»

Karyne Longchamps, 15 ans, de Mascouche, a commencé à fumer en secondaire II «pour faire comme les autres».

«Présentement, j'essaie d'arrêter. C'est dur. Je n'ai pas fumé depuis deux jours et je ne suis vraiment pas endurable.»

Isabelle Seyer, 16 ans, de l'école Saint-Maxime, à Laval, est dans le même bateau. «Je fume cinq cigarettes par jour la semaine, dix la fin de semaine. J'ai souvent essayé d'arrêter. Mais à l'école, c'est dur. Tout le monde fume.»

L'été dernier, Mélissa Béland Roy, 15 ans, a mis son habitude de côté. «J'ai recommencé quand je suis retournée à l'école. C'est dans mes projets futurs d'arrêter. J'aime ça, mais je trouve que c'est une très mauvaise habitude», déclare la jeune fille de Drummondville.

À 16 ans, Marc-Antoine Pépin, de Saint-Eustache, fume depuis déjà six ans. «J'arrête parfois quelques jours, puis je recommence.»

Si la cigarette relève de sa propre volonté, Marc-Antoine trouve toutefois qu'il y a quelque chose d'hypocrite dans la façon qu'a notre société de traiter la question de la drogue: «À l'école, il y a une clôture et des arbres. Ça fume au boutte, certains jusqu'à deux onces par jour et pas des cigarettes, évidemment. Tout le monde les voit, tout le monde le sait et pourtant, personne ne fait rien. Je trouve ça ridicule.»

C'est justement cette facilité qui a entraîné Lise, 15 ans, de Longueuil, vers le hasch. «C'est très facile à trouver à l'école. Les gens fument des joints autour de l'école, surtout le midi. Moi aussi, j'en fume, mais moins depuis un an.»

«Pour ce qui est de la cigarette, ma mère fume aussi, poursuit-elle. C'est elle qui me fournit l'argent pour m'acheter mon demi-paquet par jour. Elle est aussi au courant pour le hasch. Malheureusement, elle n'est pas du tout d'accord.»

La vie de famille est loin d'être un calvaire pour les jeunes

SUZANNE COLPRON
et LILIANNE LACROIX

« C'est dans des familles unies que la plupart des jeunes semblent vivre leur adolescence. Ainsi, quand on leur demande si les membres de leur famille se sentent très proches les uns des autres, 92 p. cent des jeunes disent que cet énoncé correspond à ce qu'ils vivent.

Des 19 énoncés de ce genre auxquels les adolescents devaient répondre, il ressort très clairement que la majorité d'entre eux perçoivent beaucoup de cohésion et rapportent peu de discorde dans leur famille et que la violence n'y est pas ou très peu présente.

« Dans l'ensemble, les filles évaluent toutefois leur milieu familial plus négativement que les garçons, précise l'équipe de M. Richard Cloutier, qui dirigeait la recherche. Elles y perçoivent moins de cohésion, plus de discorde et de violence. Vivent-elles une réalité différente ou s'agit-il d'une différence de perception? Il est probable que la réponse soit à mi-chemin entre les deux. »

C'est surtout au chapitre des relations avec leur père que les filles se démarquent des garçons. Ainsi, 63 p. cent des garçons se disent satisfaits des relations avec leur père contre 36 p. cent pour les filles.

Contrairement au père, la mère est elle aussi évaluée de façon positive, mais à peu près de façon égale par les garçons et les filles. La proportion de jeunes ayant suggéré un ou des changements dans la relation avec leur mère est moindre qu'avec le père: 29 p. cent comparativement à 40 p. cent pour le père.

Globalement et comme c'était le cas avec le père, les jeunes recherchent deux types principaux de changements dans leur relation avec leur mère: d'une part, une amélioration du contact et, d'autre part, une plus grande autonomie. C'est sur la qualité du contact que le plus grand nombre de jeunes (42 p. cent) ont dit vouloir des changements tandis que 13 p. cent désiraient une plus grande quantité de contact. Quant à une volon-



Isabelle Sayer, 16 ans, entourée de ses parents. Isabelle fait partie de cette majorité de répondants au sondage qui rapportent peu de discorde dans leur famille.

PHOTO: ROBERT GALLAGHER, LE PRESS

té d'autonomie accrue, elle était exprimée par 28 p. cent des jeunes.

Dans l'ensemble, les jeunes disent participer activement aux décisions qui les concernent. Mais le niveau d'autonomie diffère selon le sexe et le sujet concerné. Ainsi, les filles décident habituellement seules du choix de leurs vêtements, de la façon dont elles dépensent leur argent et du temps qu'elles consacrent aux travaux scolaires. Mais elles sont moins nombreuses à le faire en ce qui a trait à l'hé-

bergement ou aux endroits où elles vont quand elles sortent.

« Je trouve les heures de rentrée trop strictes, surtout la semaine (19 h 30 la semaine et 22 h le week-end). On dirait que les parents ne nous font pas confiance », déclare Karine, 14 ans.

« Mes parents sont pas mal présents. Même trop, déclare Marc-Antoine, 16 ans. Ils veulent voir mes notes, mes co-

hiers. Ils disent qu'ils me font confiance, mais je n'ai vraiment pas cette impression. »

Au-delà des statistiques, au-delà du tableau général brossé par l'enquête, chaque adolescent vit toutefois une réalité bien à lui.

« Maintenant, c'est moins pire, mais avant, je me sentais emprisonnée par ma mère, déclare Lisa, 17 ans. J'ai deux petites sœurs et nos trois pères sont différents.

Mes parents ne s'entendaient pas du tout, ils passaient leur temps à se gâcher des affaires par la tête. Le père de ma petite sœur, lui, est parti dès qu'il y a eu que ma mère était enceinte. Le troisième était alcoolique. Ma mère vit maintenant avec un autre. Le climat familial m'énerve, mes sœurs, mon beau-père... Je regrette le temps où j'étais seule avec ma mère. »

Julie, 15 ans, qui vit avec ses deux parents et son jeune frère n'a pas trop à se plaindre: « Avec ma mère, je peux parler des choses de la vie, de gens, des relations sexuelles, des problèmes avec mes amis. Avec mon père, je parle de problèmes de drogue. Je sais qu'il en a fait des affaires quand il était jeune. Le problème, c'est qu'il est impatient. Il me gueule après si je fais une affaire de travers. »

C'est par exemple Karyne a décidé de vivre avec son père: « Pendant des années, j'ai vécu avec ma mère qui nous empêchait, ma sœur et moi, de voir mon père. Ma mère nous laissait faire ce qu'on voulait, il n'y avait pas de discipline. Mon père est plus sévère, il met plus d'emphasis sur les études. C'est dur, mais je pense que c'est mieux pour moi. »

Stéven, 16 ans, qui a vécu des problèmes de drogue et de délinquance et qui a décroché de l'école depuis deux ans s'est rapproché de ses parents depuis son entrée dans un centre de jeunes où il travaille à sa désintoxication: « À un moment, ça allait vraiment mal, je ne voulais rien savoir d'eux. Je revenais à la maison pour me changer, prendre ma douche et je repartais. C'était d'ailleurs la suite d'une dispute avec mon père que je me suis retrouvé, pour la première fois et contre mon gré, en centre de réhabilitation. »

« Pourtant, il n'était pas sévère et me laissait faire ce que je voulais. Il croyait d'ailleurs que toute expérience est bonne à condition d'en tirer une leçon. Mais je crois qu'il s'est rendu compte que je n'apprenais rien. »

Depuis quelques temps, la violence de Stéven a changé: « Dans le temps, tout le monde, même mes chums me disaient que j'avais de super-bons parents, mais je ne les croyais pas. Maintenant, je commence vraiment à le réaliser. »

Annexe 4

Références à l'intention des parents d'accueil

Remarque

Les quelques volumes suggérés aux parents d'accueil traitent de l'adolescence et de l'éducation des adolescents.

	Page
Parlez-leur d'amour	161
JOCELYNE ROBERT — Les Éditions de l'Homme	
L'éducation sexuelle	162
GUY DURAND — Fides	
Le parent entraîneur ou la méthode du juste milieu	163
CLAIRE LEDUC — Les Éditions Logiques	
Les ados mode d'emploi à l'usage des parents	164
MICHEL DELAGRAVE — MNH	
L'adolescent, le défi de l'amour inconditionnel	165
Dr. ROSS CAMPBELL — Orion	
Derib Jo (bande dessinée — 1991)	166
Fondation pour la vie	
L'usage de drogues et l'épidémie du VIH	167
Centre de coordination sur le sida Ministère de la Santé et des Services sociaux	
J' t'aime, j' capote	168
Dépliant du ministère de la Santé et des Services sociaux	



ACCOMPAGNEZ VOS ENFANTS ET
ADOLESCENTS DANS LA DÉCOUVERTE
DE LEUR SEXUALITÉ

PRÉFACE DE LISE PAYETTE

LES ÉDITIONS DE
L'HOMME

ACCOMPAGNEZ VOS ENFANTS ET
ADOLESCENTS DANS LA DÉCOUVERTE
DE LEUR SEXUALITÉ

PRÉFACE DE LISE PAYETTE

LES ÉDITIONS DE
L'HOMME

JOCELYNE ROBERT, sexologue et éducatrice, s'est fait connaître par ses conférences, ses interventions dans les médias et ses livres d'éducation sexuelle destinés aux enfants et aux adolescents. Attachée au Centre de communication et de consultation en sexologie, elle consacre la plus grande part de ses activités professionnelles au dossier de l'éducation sexuelle. Cet ouvrage est fondé essentiellement sur des témoignages et c'est autant à titre de parent qu'à titre de sexologue que l'auteur y partage ses réflexions et ses expériences.



Comme beaucoup de parents, vous vous imaginez peut-être avoir perdu toute influence auprès de vos enfants, surtout quand il est question de sexualité. Pourtant, les recherches récentes le prouvent, les jeunes souhaitent que vous, leurs parents, soyez leur source d'information sexuelle.

Parlez-leur d'amour vous propose d'occuper la place qui vous revient dans l'éducation sexuelle de vos enfants. Jocelyne Robert y explique les diverses étapes de leur développement et propose des pistes concrètes pour les accompagner tout au long de leur évolution, de la naissance à l'âge adulte.

Il y est bien sûr question des «dossiers chauds»: traumatismes, pornographie, éducation sexuelle à l'école, etc., mais il ne s'agit pas là de l'essentiel du propos. En effet, Jocelyne Robert croit que l'on a brossé, depuis quelques années, un portrait trop sombre de la sexualité. Parler de contraception ou de MTS, c'est trop peu. Cela ne donne ni le goût de la vie ni le sens des responsabilités. Il faut plutôt établir avec l'enfant un dialogue sur le plaisir de grandir et de se découvrir, en situant la sexualité dans un projet personnel qui donne un sens à la vie.

Bref, pour Jocelyne Robert, il ne s'agit pas de parler *plus* de sexualité, mais d'en parler *mieux*.

Livres de JOCELYNE ROBERT parus aux Éditions de L'Homme

- Ma sexualité de 0 à 6 ans
- Ma sexualité de 6 à 9 ans
- Ma sexualité de 9 à 12 ans
- Pour jeunes seulement

L'éducation sexuelle

Livre de référence pour
parents, enseignants et
les autres...

éducation sexuelle

L'éducation sexuelle fait désormais partie de l'enseignement régulier des écoles du Québec. Voici un livre de synthèse qui présente les diverses composantes de la sexualité humaine et qui développe le contenu du Programme approuvé par le Ministère de l'éducation.

La perspective propre de ce volume est d'explicitier la philosophie de base du Programme et de déployer les valeurs liées à la sexualité dans notre civilisation.

Il ne s'agit pas à proprement parler d'un guide du maître, ni d'un manuel de classe, mais d'un *livre de référence*. D'abord pour les parents qui y trouveront une vue d'ensemble de ce que sera l'éducation sexuelle de leurs enfants à l'école. Mais surtout pour les enseignants qui pourront y puiser maints éléments de réflexion et d'action pédagogique. Rien n'empêche cependant quiconque d'en faire son profit personnel puisque la sexualité concerne tout un chacun et appelle une auto-éducation permanente.

Les auteurs

Licencié en droit, docteur en théologie, diplômé en sexologie, Guy Durand est professeur d'éthique à la Faculté de théologie de l'Université de Montréal. Il est marié depuis plus de 20 ans et père de 3 enfants.

Son collaborateur Michel Lemieux est sexologue et thérapeute conjugal. Marié depuis 12 ans et père de 2 enfants, il est actuellement directeur du département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal.

fides

fides

GUY DURAND



Claire Leduc

LE PARENT ENTRAÎNEUR OU LA MÉTHODE DU JUSTE MILIEU

Les Éditions
LOGIQUES

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 1 Être parent aujourd'hui.....	15
Chapitre 2 Un ou deux questionnaires – Pour découvrir son style.....	21
Questionnaire 1	
Pour les parents de bébés et de jeunes enfants.....	23
Compilation et évaluation des résultats.....	39
Questionnaire 2	
Pour les parents d'adolescents et de jeunes adultes.....	43
Compilation et évaluation.....	63
Analyse des résultats.....	67
Exercices.....	69
Tableau - Thermomètre des parents.....	70
Chapitre 3 Les cinq styles de parent.....	71
Le parent absent.....	71
Le parent débonnaire.....	75
Le parent entraîneur.....	80
Le parent autoritaire.....	83
Le parent abusif.....	87
Exercices.....	98
Chapitre 4 Devenir parent entraîneur c'est possible.....	99
L'autonomie, but ultime de l'éducation.....	99
Le juste milieu.....	104
Les objectifs du parent entraîneur.....	111
Le parent entraîneur est autonome et responsable.....	117
Les deux types de parent entraîneur, l'affectif et l'éducatif.....	119
Organisation de la vie du parent entraîneur.....	123
Prendre sa place.....	124
Exercices.....	126
Chapitre 5 Le parent entraîneur en action.....	127
Les attitudes de base.....	127
Les outils du parent entraîneur.....	133
Les actions.....	137
Le réseau du parent entraîneur.....	145
Les grands-parents entraîneurs.....	148
Exercices.....	150
Chapitre 6 L'itinéraire du parent entraîneur.....	153
Avant la conception et la naissance.....	153
La grossesse et l'accouchement.....	156
L'enfance.....	158
La petite enfance.....	159
L'attitude du parent entraîneur face aux problèmes de l'enfant.....	161
L'adolescent.....	163
L'attitude du parent entraîneur face aux problèmes de l'adolescent.....	164
Le jeune adulte.....	169
L'attitude du parent entraîneur face aux problèmes du jeune adulte.....	170
Les itinéraires particuliers.....	172
Exercices.....	174
Chapitre 7 Famille et variations.....	175
La famille complète.....	177
La famille séparée.....	178
La famille recomposée.....	180
Exercices.....	183
Chapitre 8 La psychothérapie familiale à votre service.....	185
Quand consulter?.....	185
Qui consulter?.....	187
Comment se déroule la psychothérapie?.....	189
Étapes difficiles.....	189
Résultats.....	190
Durée.....	190
Un exemple.....	191
Conclusion.....	193
Annexe.....	197
Utilisation du modèle du parent entraîneur par les professionnels.....	197
Bases théoriques.....	197
Sources de la théorie du parent entraîneur.....	198
Utilisation par les psychothérapeutes.....	200
Utilisation par les éducateurs.....	203
Exercices.....	206
Remerciements.....	209
Références (à l'intention des parents).....	212
Références (à l'intention des intervenants).....	214

Michel Delagrave t.s.

LES ADDOS

Mode d'emploi

à l'usage des parents



Votre enfant est-il un adolescent problématique ?
 Savez-vous faire face à la colère de votre adolescent ?
 Êtes-vous aux prises avec la dépression juvénile,
 l'usage de la marijuana, la violence ou la promiscuité
 sexuelle ?
 Savez-vous diriger les sorties de votre enfant ?

Le docteur Ross Campbell est psychiatre et il travaille dans le
 cadre de l'« Area Psychological Clinic, P.C. » à Chattanooga,
 Tennessee. Il est aussi professeur associé aux départements de
 pédiatrie et de psychiatrie de l'Université du « Tennessee College
 of Medicine », aux États-Unis. Mais avant tout, il est père de
 quatre adolescents, deux filles, deux garçons et c'est tant à partir
 de son expérience familiale que clinique qu'il traite ces questions
 et de nombreuses autres.

DR. ROSS CAMPBELL

DR. ROSS CAMPBELL **I adolescent** LE DÉFI

Vous aimez votre adolescent... Il se peut
 qu'il ne capte pas votre message !

ORION

ISBN 2-82-24-0082-1

de
 l'amour
 inconditionnel

ORION

DERIB

Jo



... Faisse chacun comprendre que la Joie de la Vie au service de tous suppose que l'on ait sans cesse aussi et d'abord le respect en nous-même...

Abbé Pierre

... Le dialogue que vous ouvrez avec les jeunes me semble fondamentalement porteur de culture et de fraternité...

Jack Lang

... La BD est le langage de tous les âges. Cela peut être un formidable allié dans l'information sur le SIDA, surtout concernant les enfants...

Marianne Basler

... Je souhaite plein de réussite pour ce projet tellement nécessaire et intéressant. Après tout, il n'est pas trop tard pour tout le monde...

Yannick Noah

... Tout ce qui peut sensibiliser la jeunesse au drame que représente le SIDA est une cause généreuse et prioritaire...

Dominique Lapierre

... Le fait de sensibiliser la jeunesse d'aujourd'hui au fléau moderne qu'est le SIDA, représente à mes yeux, une priorité...

Jean Alesi

... J'espère que l'action que vous avez si courageusement lancée aide les jeunes à affronter un peu plus sereinement les soucis de ce fléau et à vivre pleinement leur vie...

Patrick Tambay

... Je ne peux qu'approuver l'incursion d'une inquiétante actualité dans l'univers "bidées". Avec vous de tout cœur...

Salvatore Adamo

... Aidons à lutter pour un monde sain. Car le plus beau cadeau que nous puissions donner aux générations à venir, c'est encore la VIE...

Manuela Maleeva-Fragnière

Jo

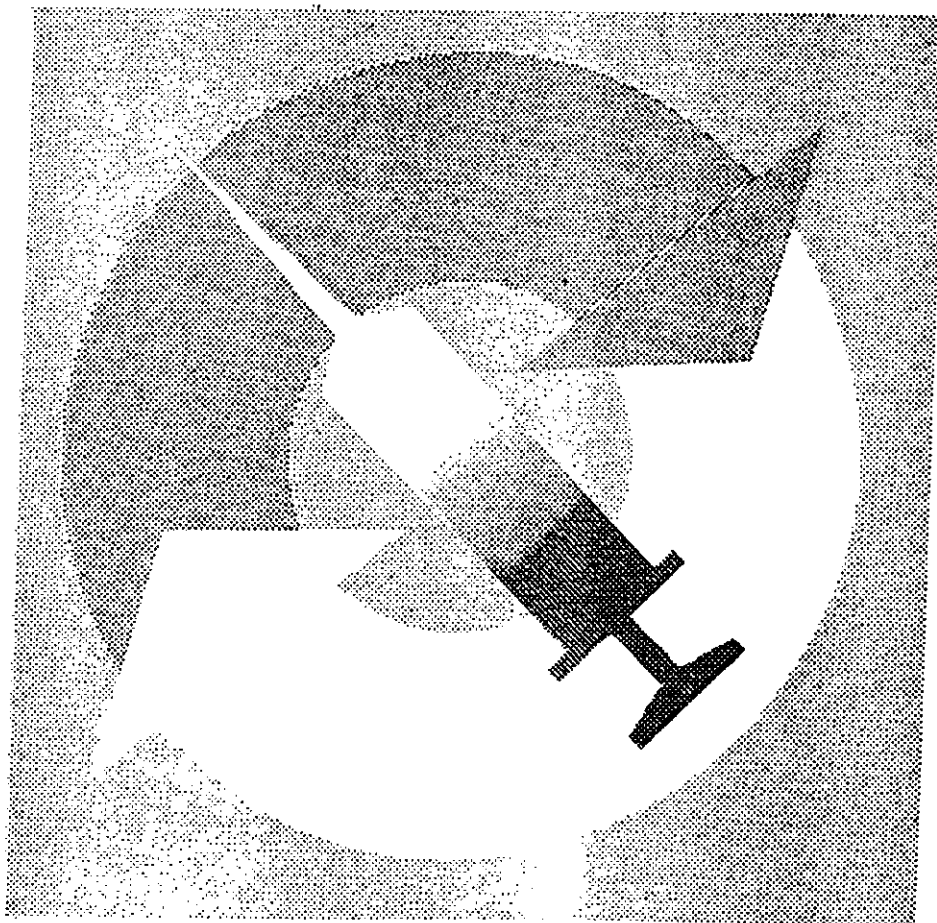
A vous toute,
A vous tous,

L'histoire de JO, nous l'avons montée pour vous.
Je dis nous, car sans l'aide constante de
Dominique, Arnaud, Diane, Noémie, Jacqueline
et Philippe, Jean-Claude, Nicole, James et
leurs familles, Louis, Jean-Philippe et son équipe,
Cathie et Thierry, Denis, Luc-Marie, Pascal,
Houss, Yannick, Pierre-Antoine, Alain,
Roland et tous les autres amis, je ne
serais peut-être pas arrivé au bout de ce travail.
Je dédie cet album à Elham et à Youssef.
La femme qui brillait dans vos yeux
s'est éteinte, bouleversant ma vie.
Dans le monde, d'autres Elham et d'autres
Youssef meurent tous les jours, fermés en
pleine jeunesse.

Il ne faut pas que cela vous arrive.
Vous avez tout en vous l'énergie qui peut
vous permettre de réussir vos vies.
Ne la gaschez pas.

DERIB

L'USAGE DE DROGUES et L'ÉPIDÉMIE DU VIH



CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LA PRÉVENTION

Juin 1994



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Centre de coordination sur le sida



Relance

La RELANCE est une partie intégrante du processus de distribution de services à une clientèle. Lors de l'expérimentation du présent programme, les parents d'accueil ont d'ailleurs demandé qu'il y ait une relance.

Cette étape quoique fortement recommandée n'est pas toujours possible. Elle devrait se réaliser trois à six mois après la cinquième rencontre de la session.

Comme pour les autres modules, on retrouver pour la RELANCE une fiche technique et le plan du déroulement de la rencontre.

Fiche technique — Relance

Durée : 3 heures

Thème : La vie amoureuse des jeunes

Objectifs spécifiques

1. Vérifier les acquis du programme au niveau du savoir, savoir-être et savoir-faire en regard des MTS trois à six mois après la dernière rencontre.
2. Soutenir l'intérêt des parents d'accueil dans leur dialogue avec leur(s) jeune(s).
3. Permettre aux parents d'accueil de partager les expériences vécues avec les jeunes en regard de la formation.
4. Recevoir les suggestions et commentaires qui pourraient assurer le suivi de la formation via les intervenants et intervenantes des Centres jeunesse.

Activités pédagogiques

1. Accueil.
2. Activité : échanges sur les retombées de la session et les expériences vécues depuis la fin de la formation.
3. Visionnement d'un vidéo.
4. Discussion semi-dirigée.
5. Commentaires et suggestions des participants et participantes pour assurer la continuité de la formation.
6. Remise de la nouvelle documentation.
7. Fermeture de la rencontre.

Matériel requis

- Vidéo : « C'est pas à soir qu'on va se noyer », téléviseur, magnétoscope.
- Nouvelle documentation.

Indices pour l'évaluation

- Présence des parents d'accueil.
- Verbalisations, questions, échanges et interactions.

Ressources humaines

- L'animatrice de la rencontre (et de toute la session).
- Les personnes-ressources si possible.

Mots — Outils

- ⇒ RETOMBÉES DE LA SESSION
- ⇒ DIALOGUE

- ⇒ QUESTIONS, COMMENTAIRES, SUGGESTIONS

Déroulement de la rencontre

1. Accueil

- L'animatrice souhaite la bienvenue et remercie les gens de leur présence. Elle propose l'objectif de la rencontre en lien avec le souhait déjà exprimé par les participants lors de la session de formation.
-

2. Activité : échanges sur les retombées de la session

- L'animatrice invite les participants à témoigner de leurs expériences vécues avec les jeunes depuis la fin de la formation (particulièrement en regard de la prévention des MTS et du sida).

30 minutes

Pause

15 minutes

3. Visionnement d'un vidéo

- L'animatrice présente le vidéo et mentionne qu'une discussion suivra.
- Vidéo : *"C'est pas à soir qu'on va se noyer"* VHS couleur, 32 minutes, 1993.

Réalisation : FRANÇOIS TESSIER

Production : CECOM, Montréal

Distribution : CECOM, Montréal

Scénario du vidéo : BRUNO et ISABELLE sortent ensemble depuis presque un an. ANNE et PATRICK ne se connaissent que depuis trois semaines. Les deux couples éprouvent de la difficulté à trouver des lieux et assez d'intimité pour vivre tranquillement leurs relations sexuelles.

Ils décident tous les quatre de faire une escapade durant une fin de semaine au chalet de CAROLINE, une amie d'ISABELLE, atteinte du sida. Chaque couple a un comportement différent face à l'utilisation du condom.

4. Discussion suite au visionnement

- L'animatrice invite les familles d'accueil à exprimer leurs commentaires.

Le guide d'animation, qui est joint à ce vidéo, peut donner des pistes pour alimenter la discussion.

20 minutes

5. Commentaires, questions et suggestions

- L'animatrice invite les participants à émettre toutes leurs questions, commentaires et suggestions à la suite de leurs expériences en rapport avec la prévention des MTS / VIH-sida chez les jeunes placés en famille d'accueil.

30 minutes

6. Mise à jour de la documentation

- Remise de nouveaux documents publiés depuis la dernière rencontre (par exemple : la brochure « J' t'aime, j' capote » du ministère de la Santé et des Services Sociaux, mai 1996).

30 minutes

7. Fermeture de la rencontre

- L'animatrice et les personnes-ressources remercient les participants et participantes de leur présence et leur souhaitent bonne chance avec les jeunes dans la poursuite du dialogue. Elles les invitent aussi à persévérer dans l'échange avec les intervenants et intervenantes impliqués auprès des jeunes sur la vie amoureuse et sexuelle.

15 minutes

Fin de la rencontre

Annexe complémentaire

On trouvera ci-après des textes complémentaires portant sur des thèmes spécifiques. Ces textes peuvent être utilisés lors des diverses présentations et pourront être remis aux participants et participantes à leur demande.

Cette annexe complémentaire comprend les textes suivants :

	Page
<i>À propos de l'orientation sexuelle</i>	II
<i>Développement sexuel des adolescents et adolescentes ayant une déficience intellectuelle</i>	X
<i>La sexualité chez les personnes ayant une déficience intellectuelle</i>	XIV
<i>La relation d'aide auprès des jeunes</i>	XXII

À propos de l'orientation sexuelle ...

MICHEL DORAIS et DANIEL SANSAÇON
consultants

Texte préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (27 mars 1996)

Si, parmi les trois orientations sexuelles, l'hétérosexualité nous est la plus familière, l'homosexualité et la bisexualité concernent un nombre appréciable de jeunes. En effet, l'exploration de diverses conduites sexuelles fait souvent partie du développement psychosocial des jeunes, sans pour autant présumer de leur orientation sexuelle définitive. Ainsi, selon des enquêtes, les attirances ou les expériences homosexuelles toucheraient jusqu'à la moitié d'entre eux. De plus, un certain nombre évolueront vers une identité homosexuelle ou bisexuelle confirmée à l'âge adulte. Des enquêtes respectant l'anonymat et la confidentialité des répondants rapportent qu'environ 10 % des hommes et 5 % des femmes manifestent une orientation homosexuelle à l'âge adulte. En ce qui concerne la bisexualité, c'est-à-dire l'attrait à l'égard des deux sexes, le nombre double presque : entre 13 % et 20 % chez les hommes et entre 9 % et 12 % chez les femmes. C'est dire qu'un nombre non négligeable de jeunes s'interrogent sur leur orientation sexuelle.

Or, que savons-nous aujourd'hui des orientations sexuelles ? Comment expliquer, sinon les préjugés, du moins le silence relatif entourant les conduites homosexuelles et bisexuelles ? Comment expliquer l'évolution des mentalités à leur égard ? Et surtout, comment peut-on contribuer à créer un climat de respect et de tolérance face aux personnes, quelle que soit leur orientation sexuelle ? Voilà quelques questions que se pose volontiers l'enseignant qui aborde cette dimension du programme de formation personnelle et sociale. Les quelques pistes de réflexion et de mises en situation qui suivent pourront lui être utiles.

Avec les mots pour le dire...

Identité sexuelle ou de genre, orientation sexuelle, préférences sexuelles, rôle sexuel... ces expressions sont l'objet d'un certain degré de confusion.

L'identité sexuelle ou identité de genre, souvent confondue avec l'orientation sexuelle, est la reconnaissance par l'individu lui-même de la possession d'attributs physiques, psychologiques ou symboliques mâles ou femelles. Autrement dit, c'est le sentiment d'appartenir au sexe masculin ou au sexe féminin. Quoique le masculin et le féminin coexistent en chacun de nous, indépendamment de notre sexe biologique, l'identité sexuelle consiste généralement à développer une image de soi conforme à son sexe anatomique. La très vaste majorité des individus, qu'ils soient hétérosexuels, homosexuels ou bisexuels, ont une identité sexuelle conforme à leur sexe biologique. L'identité est aussi le résultat des interactions entre la personne et son environnement : nous nous définissons au travers du regard des autres.

L'orientation sexuelle, quant à elle, est essentiellement l'attrait érotique ressenti envers des personnes de l'un ou l'autre sexe. Elle est hétérosexuelle lorsque dirigée vers des personnes de l'autre sexe, homosexuelle lorsque dirigée vers des personnes du même sexe et bisexuelle lorsque mixte. L'orientation sexuelle d'une personne est généralement déterminée à partir de ses fantasmes et de ses comportements sexuels. Désirs et conduites étant cependant susceptibles de diverger, il est parfois difficile de déterminer l'orientation sexuelle de certaines personnes, que l'on dira alors ambisexuelles. Certains individus seront tout simplement asexuels, ne ressentant que très peu ou même pas du tout de désir sexuel.

On désigne souvent, à tort, l'orientation sexuelle en termes de « choix sexuel ». Si l'expression ou l'actualisation du désir supposent des choix de partenaires et de styles de vie, il est clair que personne ne choisit consciemment ses attirances érotiques. Ces dernières sont plutôt découvertes au cours de l'histoire de vie de chacun, en particulier au cours de l'adolescence. L'attraction sexuelle résulte vraisemblablement de la conjonction d'un ensemble de facteurs. C'est à travers son histoire de vie, ses multiples expériences, ses traumatismes et ses plaisirs, ses interprétations, ses attentes et ses besoins que chaque individu développe ses goûts amoureux et sexuels.

Les **préférences sexuelles** précisent l'orientation sexuelle d'une personne à partir des caractéristiques physiques, psychologiques et relationnelles qu'elle recherche chez ses partenaires. Par exemple, la taille, le gabarit, la couleur des cheveux ou des yeux, les qualités et la personnalité peuvent figurer parmi les caractéristiques déterminant la sélection de partenaires. Les activités amoureuses et le type de relations vécues font aussi l'objet de préférences.

Le **rôle socio-sexuel** provient des prescriptions et des attentes sociales à propos de ce qui est considéré masculin (par exemple, la démonstration de force musculaire). C'est précisément cette division, aussi rigide qu'arbitraire, que le féminisme a questionnée. Souvent confondu, erronément, avec l'orientation ou l'identité sexuelles, le rôle socio-sexuel réfère plutôt aux injonctions sociales quant à ce qu'il convient qu'un homme ou une femme fassent. Dans notre société, les rôles socio-sexuels ont à ce point évolué au cours des dernières décennies qu'il serait aujourd'hui hasardeux de vouloir déterminer ce qui relève spécifiquement du masculin ou du féminin.

Nous utilisons parfois des étiquettes pour désigner des catégories de personnes. C'est au XIX^e siècle qu'est apparue la désignation d'**homosexuel**, pour désigner une « inversion » de l'instinct sexuel « normal », comme on le croyait à l'époque, d'où la stigmatisation et les préjugés avec lesquels nous sommes encore aux prises. À partir des années 1970, dans le sillage du mouvement d'émancipation homosexuelle, les termes **GAI** et **LESBIENNE** sont apparus. Quoique de plus en plus couramment utilisés, ces termes sont souvent mal compris. Ils ont d'abord été proposés par des personnes s'identifiant ouvertement comme homosexuelles afin de se démarquer des stéréotypes accolés au terme **HOMOSEXUEL**. Celui-ci met l'accent sur l'aspect sexuel de relations qui comptent pourtant — tout comme les rapports hétérosexuels — bien d'autres facettes : amitié, projets communs, vie de couple, etc. Plus récemment, compte tenu du malaise ressenti quand vient le temps de situer leur orientation sexuelle et du rejet anticipé par des personnes homosexuelles ou bisexuelles, des chercheurs ont fabriqué les expressions « **hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes** » et « **femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes** ». Ces termes, s'ils permettent d'inclure dans les études sur l'homosexualité nombre de personnes qui ne s'identifieraient pas nécessairement comme homosexuels ou lesbiennes, ont encore le désavantage de mettre l'emphasis sur l'aspect sexuel au détriment des autres facettes. Enfin, il n'est pas rare aujourd'hui d'entendre l'expression « **couple homosexuel** » ou « **couple lesbien** » : il serait peut-être plus exact de parler de **couples d'hommes** ou de **couples de femmes**, ou d'utiliser le terme neutre de **PARTENAIRES** dans tous les cas possibles, sans distinction basées sur l'orientation sexuelle. Ce bref rappel de l'évolution *des mots pour le dire*

n'a pas pour objet de dicter celui qui doit être employé, mais de favoriser la réflexion sur des termes qui ne sont jamais neutres.

De l'appréhension à la tolérance

Parler des orientations sexuelles, de leur diversité et de la tolérance qu'elles appellent, suscite souvent beaucoup d'appréhension. Comment puis-je en parler ? Comment en discuter avec ouverture et tolérance sans faire de prosélytisme ni risquer soi-même d'être ostracisé ? Comment en parler sans heurter certaines sensibilités ?

La culture occidentale, dont nous faisons partie, a développé une vision plutôt négative de l'homosexualité. Les historiens ne s'entendent pas sur les motifs de cette intolérance : raisons philosophiques, religieuses, politiques ? Quoiqu'il en soit, l'Occident est l'une des seules cultures à avoir ramené les désirs homosexuels à une identité particulière, inventant ainsi le personnage de l'homosexuel. Auparavant, l'on croyait que chacun pouvait avoir des désirs ou des rapports homosexuels, d'où probablement la force de l'interdit qui les frappait. Par ailleurs, les anthropologues nous ont appris que les diverses orientations sexuelles ont existé dans toutes les civilisations, à toutes les époques, mais que les réactions à leur endroit variaient dans l'espace et dans le temps.

Depuis une trentaine d'années, les choses ont évolué rapidement en ce qui concerne la perception des orientations dites minoritaires que sont l'homosexualité et la bisexualité. Ainsi, le Parlement canadien décriminalisait, à la fin des années soixante, les relations sexuelles entre adultes consentants, quelle que soit leur orientation sexuelle. Quelques années plus tard, les associations américaines de psychiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux rayaient l'homosexualité de leur liste de troubles mentaux, mettant ainsi fin à une longue histoire de traitements qui allaient de la castration à la lobotomie, en passant par les traitements hormonaux et les électrochocs. Le gouvernement québécois amendait en 1977, la Charte des droits et libertés de la personne afin de garantir le respect et l'égalité des personnes quelle que soit leur orientation sexuelle. Enfin, plusieurs religions, chrétiennes et autres, ont sensiblement évolué en ce qui concerne l'homosexualité, certaines églises autorisant maintenant l'ordination de ministres du culte d'orientation homosexuelle.

En refusant qu'une orientation sexuelle soit plus ou moins légitime qu'une autre, la société québécoise doit faire l'apprentissage de la tolérance et de la reconnaissance de la diversité. Car elle se voit parfois

confrontée à des manifestations d'intolérance, qu'elles soient ouvertes ou silencieuses, violentes ou insidieuses. Or, les conséquences de cette intolérance sont particulièrement marquées chez les jeunes. Une première conséquence concerne tous les jeunes, quelle que soit leur orientation sexuelle : l'homophobie, qui va de pair avec le sexisme, contribue à reproduire les inégalités entre les hommes et entre les femmes. L'homophobie peut aussi entraîner chez les jeunes qui ont des attirances ou des conduites homosexuelles des conséquences négatives importantes : isolement, harcèlement, violence de la part de leurs pairs. Plusieurs études montrent qu'un nombre important de jeunes en devenir homosexuel ou bisexuel se trouvent dans l'impossibilité de parler de leur vécu, rencontrent des difficultés d'adaptation familiale et scolaire, et sont à risque élevé d'abus de drogues ou d'alcool. Certaines études rapportent aussi que les adolescents homosexuels sont trois fois plus à risque de tenter de se suicider que les autres adolescents ; jusqu'au tiers des suicides d'adolescents seraient reliés au rejet réel ou anticipé de leur orientation sexuelle. Heureusement, tous les jeunes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle ne vivent pas que des difficultés. Plusieurs arrivent à composer harmonieusement avec leurs préférences et avec les réactions diverses qu'elles suscitent. La compréhension qu'ils trouvent chez leurs proches est souvent leur acquis le plus précieux.

En nous débarrassant peu à peu des conceptions désuètes des orientations sexuelles, nous sommes mieux à même d'apprécier la diversité des êtres humains. Il y a une infinité de façons de vivre son orientation sexuelle, en célibataire, en couple, avec ou sans enfants, dans l'abstinence comme dans la variété des expériences ou des partenaires. Cela est vrai que l'on soit hétérosexuel, homosexuel ou bisexuel. Rappelons par ailleurs qu'avec le mouvement de l'émancipation gaie et lesbienne et la reconnaissance croissante des couples d'hommes et des couples de femmes, de plus en plus d'enfants ont un ou deux parents d'orientation homosexuelle ou bisexuelle.

La pluralité des styles de vie et la diversité des conduites sont une constante de notre société contemporaine. Qu'elle soit sexuelle, ethnique, religieuse ou autre, apprendre à composer harmonieusement avec la diversité humaine est l'un des défis des générations qui grandissent. Le respect de l'autre, quelle que soit son identité, son orientation ou sa préférence sexuelle, touche à des valeurs auxquelles nous tenons, dont l'une des plus importantes est la tolérance. Accueillir l'autre, ce n'est ni l'encourager ni le décourager d'être ce qu'il est : c'est le reconnaître unique dans ses ressemblances et ses différences.

Pistes et suggestions d'activités

L'intolérance vis-à-vis des orientations sexuelles différentes n'est pas plus répandue au Québec qu'ailleurs, elle ne frappe pas une classe de personnes davantage qu'une autre. Néanmoins, de même que pour les autres formes d'intolérance et de discrimination, reconnaître la nécessité d'en parler est la première étape, une étape essentielle. Elle pourra susciter des réactions diverses, parfois hostiles, qu'il doit être permis d'exprimer ouvertement. Car il ne s'agit pas de culpabiliser ni de juger les étudiants ou les idées qu'ils émettent, mais de contribuer à la création d'un climat de tolérance et d'ouverture. C'est dans ce contexte qu'ont été pensées les mises en situation suivantes. L'enseignant aura d'abord fait un travail de réflexion personnelle, afin de faciliter ensuite des discussions avec et entre les étudiants.

Mise en situation 1

BENOÎT m'invite chez lui après l'école. En arrivant chez lui, nous allons dans sa chambre où nous écoutons de la musique. Au moment du souper, sa mère m'invite à rester et j'accepte. Lors du repas, il y a une autre femme à table, que la mère de mon ami me présente comme sa compagne. Je comprends que BENOÎT vit avec une mère homosexuelle. Pourquoi ne me l'a-t-il pas dit ?

Mise en situation II

BERNARD est professeur d'éducation physique depuis dix ans. Son homosexualité est révélée. La nouvelle fait rapidement le tour de l'école et parvient aux oreilles des élèves et des parents. Un groupe de parents et d'élèves décide de demander le congédiement de BERNARD en raison de son homosexualité, vu la nature de ses fonctions qu'ils jugent incompatibles avec son orientation sexuelle. Il se trouve que votre meilleure amie fait partie de ce groupe et vous demande de vous y joindre. Que lui dites-vous ?

Mise en situation III

Imaginons que LISE est mon amie depuis que j'ai commencé l'école. Nous avons presque toujours été toutes les deux dans la même classe, nous habitons le même quartier et nos parents se fréquentent. Depuis quelque temps, j'ai envie de lui dire que je suis attirée par les filles. Pas par elle nécessairement, elle est mon amie d'abord. Mais j'ai besoin de le dire à quelqu'un et il me semble qu'elle est la seule à qui je pourrais le dire. Pourtant, j'ai peur qu'elle ne veuille plus me voir. Et puis, en plus, je ne suis même pas sûre que je sois « aux filles », puisque je n'ai pas encore eu de relations sexuelles. Qu'est-ce que je devrais faire ?

Mise en situation IV

Des garçons et des filles de l'école veulent créer un groupe d'activités parascolaires s'adressant aux gais et lesbiennes. Je ne vois vraiment pas pourquoi ils veulent faire ça, pourquoi ils veulent avoir des activités spécifiques à cause de leur orientation sexuelle. En plus, il y a un groupe d'étudiants et de parents qui veulent faire annuler tous les programmes d'activités parascolaires à cause de ça. Qu'en pensez-vous ?

Mise en situation V

J'étais parmi les derniers à quitter les vestiaires du gymnase parce que je n'avais pas de cours après la gym. Il y avait trois ou quatre autres gars. J'allais sortir quand j'ai entendu des cris ; il y avait de la bagarre. Deux gars menaçaient deux autres de leur casser la gueule parce qu'ils les avaient vus s'embrasser. S'ils avaient vus un gars et une fille s'embrasser, ils n'auraient pas réagi de cette manière, sûrement. Mais il me semble que si je leur dis ça, ils vont me mettre dans le même bain que les « tapettes ». Je ne sais pas ce que je devrais faire...

Au fond, ce sont là des situations simples, la plupart inspirées de faits réels qui se sont produits ici ou ailleurs. Des situations de vie qui nous interpellent sur notre capacité de tolérance et de réceptivité devant la différence et qui nous permettent, par la

réflexion et l'échange, d'atteindre un équilibre entre la nécessaire capacité d'affirmation de soi et l'accueil de l'autre.

Pour animer des discussions autour de ces mises en situation, l'enseignant pourrait s'inspirer du texte qui précède pour contextualiser le pourquoi de ces échanges. Il pourra aussi consulter les documents qui sont suggérés plus loin. L'enseignant devra faire preuve lui-même de tolérance et d'ouverture d'esprit en invitant ses étudiants à faire de même. Un parallèle pourra être fait entre la diversité ethnique ou religieuse et la diversité des préférences sexuelles. On pourra aussi en profiter pour rappeler qu'il s'agit de discuter de rapports amoureux entre partenaires du même âge et non pas de situations d'exploitation ou d'abus, ni de pédophilie. À cet égard, souvenons-nous que la très grande majorité des agressions sexuelles sont commises par des hommes hétérosexuels. Les discussions autour de ces mises en situation doivent néanmoins permettre l'expression des peurs et des préjugés, des mythes et des fausses croyances : c'est ainsi qu'il sera possible de les contrer et de construire le climat de tolérance et d'acceptation des différences.

Références

- BERTHELOT, PIERRE (1995). *Jeunes homosexuels masculins*. Rapport d'une recension des écrits. Québec : équipe de recherche CQRS sur les MTS et le sida. *La personne et son environnement*. Centre de santé publique du Québec.
- DORAIS, MICHEL (1993). « L'homosexualité, revue et non corrigée ». *Le médecin du Québec*, numéro de septembre — « La médecine gaie ».
- DORAIS, MICHEL (1995). *La mémoire du désir*. Montréal : VLB éditeur.
- HERDT, GILBERT (1989). *Gay and Lesbian Youth*. New York : Harrington Press.
- REMAFEDI, GARY (1994). *Death by Denial*. Boston : Alyson.
- UNKS, GERALD (1995). *The Gay Teen*. New York : Routledge.

Développement sexuel des adolescents – adolescentes ayant une déficience intellectuelle

CAROLE BOUCHER, sexologue
Spécialiste en déficience intellectuelle

De nombreux intervenants, qu'ils soient parents, éducateurs ou autres, se posent beaucoup de questions sur l'éveil sexuel des adolescents-adolescentes ayant une déficience intellectuelle.

Le texte qui suit est une synthèse de plusieurs présentations sur le sujet. Pour en faciliter la lecture, j'ai repris quelques grandes questions qui sont souvent soulevées.

Mais pourquoi donc le développement sexuel des adolescents-adolescentes ayant une déficience intellectuelle pose-t-il tant d'interrogations ? Les réponses sont probablement multiples et changeantes. Essayons d'en brosser un tableau rapidement.

Premièrement, soyons réaliste : la sexualité est encore un thème difficile à aborder dans notre société, un thème fragile qui provoque de longs débats souvent très émotifs.

Dans un second temps, notre culture a longtemps considérablement synthétisé la définition de la sexualité, et les critères pour y avoir droit relevaient de l'âge, de la beauté et de la santé. J'ose espérer que nous sommes à élargir cette définition si restrictive. Dans ce sens, les adolescents-adolescentes ont longtemps été éduqués dans le secret et la négation de leur éveil sexuel.

Troisièmement, nous sommes à peine à l'aube de l'acceptation de la sexualité pour les adultes déficients intellectuels ; il est alors facile de comprendre la peur que nous vivons lors de l'éveil sexuel des adolescents.

Pour toutes ces raisons, et sûrement pour bien d'autres, les interrogations fusent quand le thème de la sexualité est abordé pour les adolescents-adolescentes déficients intellectuels.

Aux questions qui suivent, vous ne trouverez que des bribes de réponses. Puissent-elles être pour vous lecteurs une source de réflexion et de discussion.

1. Le développement sexuel des adolescents-adolescentes ayant une déficience intellectuelle est-il le même que pour tous les autres adolescents-adolescentes ?

Les modifications hormonales de la puberté sont exactement les mêmes pour tous les adolescents-adolescentes. Bien sûr, certains éléments d'ordre social, géographique et autres peuvent nuancer ce phénomène, mais à part les nuances connues et certaines caractéristiques dues à la maladie, les caractères sexuels de la période pubertaire apparaîtront pour tous vers le même âge, soit entre onze et seize ans.

Par ailleurs, lorsqu'on parle de développement sexuel, il n'y a pas que les modifications hormonales qui sont importantes. Le développement social prend une importance capitale dans la vie des adolescents-adolescentes. C'est ici que l'on observe les différences les plus grandes entre les ados déficients et les ados non déficients. Souvent surprotégés et quelquefois infantilisés, les adolescents-adolescentes ayant une déficience intellectuelle auront moins de possibilités d'expérimenter, de contester, de découvrir dans les relations avec les autres.

2. Les adolescents-adolescentes ayant une déficience intellectuelle vont-ils intégrer les mêmes valeurs que nous tous ?

Tout à fait ; les personnes ayant une déficience vivent dans la même communauté que nous. Ils sont éduqués par nous et nous sommes leurs modèles. Ils acquièrent donc les mêmes valeurs sociales et sexuelles que l'ensemble de la population. De plus, comme l'imitation est un mode d'apprentissage fréquent, ils adopteront les comportements stéréotypés que l'on a souvent de la difficulté à leur reconnaître : certains jeunes hommes seront « machos » et certaines jeunes femmes seront plus soumises.

Il est peut-être important de mentionner que, souvent, l'apprentissage des stéréotypes sexuels se fait par manque d'éducation sexuelle explicite. Ayant peu de réponses à leurs interrogations sexuelles, les jeunes trouveront des éléments de réponses à la télévision, dans les films et dans la rue, ce qui n'a rien pour les décourager d'adopter des comportements stéréotypés.

3. L'éducation sexuelle : on doit commencer quand ?

Idéalement, l'éducation sexuelle devrait se faire dans le quotidien et dès la naissance. Malheureusement, nous ne vivons pas dans l'idéal. Il n'y a pas d'âge et de temps pour l'éducation sexuelle, mais il ne faut pas attendre les questions parce qu'elles risquent de n'être jamais posées, surtout que de nombreux adolescents-adolescentes déficients n'ont pas l'usage de la parole.

Il est donc souhaitable d'aller au-devant des interrogations de ces adolescents-adolescentes qui, souvent, s'exprimeront par des gestuelles sexuelles inadaptées.

4. Mais quoi et comment leur dire ?

Chaque personne est unique et, avec chacune d'elles, on devra adapter l'information selon les caractéristiques propres à la personne. Cependant, il ne faut pas s'empêcher d'informer et d'éduquer à la sexualité sous prétexte que la personne ne comprendra pas. Le principe même de l'éducation est la répétition et, phénomène étrange, on répète des centaines de fois pour l'acquisition de manières convenables à table, mais on ne dira qu'une seule fois pour l'acquisition d'une information sexuelle.

Trois grands thèmes sont à retenir quand on souhaite faire l'éducation sexuelle d'un adolescents-adolescentes :

- Sensibilisation à son corps, à ses sensations, à ses émotions ;
- Connaissance des aspects physiologiques et de tous les éléments affectifs, sociaux et culturels qui s'y rattachent ;
- Tous les aspects des relations interpersonnelles.

Quel que soit le type de déficience de la personne, elle vit avec un corps qui lui procure des sensations, et un cœur qui favorise des émotions. Alors, à travers ces trois thèmes de l'éducation sexuelle, il faudra trouver ceux qui favoriseront le bien-être de la personne.

5. Que faire avec les gestes de masturbation si fréquents ?

Il faut bien saisir que la masturbation est une gestuelle sexuelle normale qui a pour but de libérer une tension par le plaisir. Ceci dit, la masturbation fait souvent partie des découvertes de l'adolescence. Sans entrer dans les multiples facettes de la masturbation, il est important de préciser que celle-ci sert souvent de moyen pour exprimer une émotion, une question, une contestation. De nombreuses personnes déficientes intellectuelles utiliseront la masturbation :

- Pour provoquer un intervenant et avoir ainsi un peu d'attention ;
- Pour s'occuper , parce qu'elles manquent de stimulation dans leurs activités ;
- Pour contester ;
- Pour exprimer de la colère, etc.

Il est évident que lors de la séance de masturbation en public ou dans un endroit inapproprié, il faudra apprendre à l'adolescent-adolescente que le geste est inadéquat et qu'il doit être pratiqué dans l'intimité. Les techniques pour faire cet apprentissage sont nombreuses et connues.

Mais au-delà de cet apprentissage, il faudra prendre le temps de comprendre le pourquoi de la gestuelle, et essayer de répondre le plus adéquatement possible au besoin exprimé par la personne.

Quand on parle de sexualité, les choses ne sont pas simples, d'autant plus qu'elle est le propre de l'humain constamment en mouvance. Peu importe quels sont nos questionnements, ils sont toujours sains. Le plus important dans notre quête de réponses en ce qui concerne nos adolescents-adolescentes, peu importe leur type de déficience, c'est de toujours se souvenir que nous aussi, nous avons été adolescents-adolescentes.

La sexualité chez les personnes ayant une déficience intellectuelle

MICHEL LEMAY, sexologue

MICHEL LEMAY, M.A. a été attaché aux services externes du Centre hospitalier Rivière-des-Prairies de 1985 à 1990, et est actuellement consultant au Centre d'accueil de réadaptation Pavillon du Parc à Aylmer. En plus d'être sexologue en pratique privée, il est également consultant auprès de personnes toxicomanes en réadaptation à la Maison Jean-Lapointe.

Je dédicace le présent article à ces familles naturelles et d'accueil, au personnel des résidences, ainsi qu'à tous ceux et à toutes celles qui, dans leur oeuvre pionnière aux Services externes du Centre hospitalier Rivière-des-Prairies, ont reconnu et respecté les besoins en éducation sexuelle des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Une sexualité différente de la nôtre ?

Ouvertement ou secrètement, on vit des peurs tenaces à l'endroit de la sexualité des personnes ayant une déficience intellectuelle. On craint que se déclenche en elles un instinct ou une énergie qui s'avérerait vite incontrôlable, indomptable. On imagine alors une pulsion sexuelle cent fois plus forte que la raison, quelque chose dont il faut se méfier au plus haut point. Est-ce que, dans le fond, on se sentirait plus en sécurité si les personnes ayant une déficience intellectuelle étaient en quelque sorte handicapées en matière de sexualité ? Paradoxalement, on hésite à reconnaître leurs besoins et leurs droits à l'éducation et à l'expression sexuelle, mais en même temps, on voit leur sexualité comme un volcan donnant d'inquiétants signes d'activité, et à la veille d'exploser.

Les personnes ayant une déficience intellectuelle sont nées sur la même planète que nous. Elles vivent dans le même environnement culturel que nous, subissent comme nous les fortes influences d'une société de consommation sexuelle. Nous marginalisons la sexualité de ces jeunes et de ces adultes qui, sous bien des points de vue, apparaissent tout à fait conformistes. Ils cherchent à leur façon à nous imiter. Et c'est bien normal : ils préfèrent ce mode d'apprentissage.

Les filles et les garçons ayant une déficience intellectuelle réagissent normalement à l'excitation sexuelle. Ils découvrent un jour l'auto-stimulation érotique. Ils vivent des besoins (avoir des contacts physiques affectifs, comprendre ce qui se passe en eux à la puberté, etc.), se posent des questions (les différences anatomiques entre homme et femme, les réactions physiologiques de leur vagin ou de leur pénis, les menstruations, le sperme, etc.), ressentent des peurs (le rejet, le jugement des autres, etc.), secrètent des désirs (faire l'amour, avoir une blonde, un chum, etc.), ont des espoirs (être comme tout le monde, etc.), cherchent à imiter, à explorer (à la va-vite, dans un climat d'anxiété, etc.), rencontrent des difficultés (la solitude, l'isolement, le stress, etc.), subissent des échecs et des frustrations. Leur ignorance, leur irréalisme et leurs inhabiletés augmentent à la mesure de notre grande incompréhension à leur égard.

Trois attitudes possibles

Quelles attitudes adoptons-nous généralement à l'égard de la sexualité des personnes ayant une déficience intellectuelle ?

Parfois, une **attitude répressive** visant l'élimination pure et simple d'un comportement non conforme aux normes. Nous jugeons sans chercher à aider ou à comprendre. Un jeune se masturbe dans l'autobus : on le punit en demandant à ses parents de le garder à la maison ou d'assurer eux-mêmes le transport. Une adolescente se montre plus qu'entreprenante avec les garçons de l'atelier de travail : on l'avertit sérieusement qu'une nouvelle manifestation de ce comportement entraînera un isolement ou un retrait temporaire.

Parfois, une attitude **libérale** exprimant davantage un désarroi intérieur et la peur de s'impliquer qu'une réelle ouverture d'esprit. MARIE et MARC veulent faire l'amour. Pas de problème puisqu'ils sont majeurs : on met une chambre à leur disposition ! JEAN désire visionner sur son vidéo des films porno. Pas de problème, il s'en louera avec son argent de poche !

Peu souvent hélas, on adopte une **attitude** vraiment **éducative**, cherchant à identifier le besoin exprimé et offrant une réponse qui permettrait à la personne d'acquérir une connaissance, une habileté, un comportement ou une technique épanouissante.

Le choix d'une attitude ou d'une autre relève notamment de la vision qu'on a de la sexualité, tout autant que la personne ayant une déficience intellectuelle.

Les diverses composantes de la sexualité

La personne ayant une déficience intellectuelle rencontre en cours d'apprentissage des difficultés et des limites intellectuelles, ce qui affecte sa compréhension et sa pratique de la sexualité. Cependant, la sexualité n'est pas une force incompréhensible et incontrôlable. Elle possède diverses composantes clairement identifiables :

- L'affectivité : sensations, émotions, impressions, sentiments, goûts, préférences.
- Les données anatomiques et les réactions physiologiques.
- Des habiletés associées aux relations interpersonnelles.
- Des techniques ou un savoir-faire liés à la pratique.
- Des valeurs et des normes sociales.

Malheureusement, on fait souvent porter les interventions éducatives d'abord sur l'intégration de normes sociales alors que la personne ayant une déficience intellectuelle n'a encore jamais appris à reconnaître ses sensations ou ses émotions et qu'elle vit confusément de la culpabilité, de la peur, du plaisir, de la honte, des frustrations, etc. On oublie facilement que l'être humain, ayant ou non une déficience intellectuelle, s'avère avant tout un être sensible. CLAUDE se masturbe dans l'autobus ; durant ces quelques minutes d'évasion, il se sent bien. Mais le CLAUDE d'avant et le CLAUDE d'après, c'est toujours ce garçon mal dans sa peau, qui craint d'être puni ou de perdre l'amour de ses parents et de ses éducatrices, qui est embarrassé et indécis quant à ce qui se passe dans son corps, dans son cœur, dans sa tête. Le punir en le retirant purement et simplement du groupe ou lui donner des revues de sexe pour l'exciter amplifierait son malaise et ne l'aiderait en rien à vivre sa sexualité d'une façon épanouissante.

Comment pouvons-nous croire que MARIE et MARC feront l'amour si tous deux ne connaissent même pas leur anatomie ni ne possèdent la moindre notion de sensualité ou de consentement mutuel ? À force de voir des films porno, JEAN sera tenté de reproduire des comportements irréalistes mais subira malheureusement une frustration à la mesure de ses fantasmes !

Une attitude éducative considère l'agir sexuel comme une dynamique. Il y a des dynamiques compensatoires : par exemple se masturber de façon compulsive parce qu'on s'ennuie à mourir, ou avoir des relations sexuelles avec des enfants ou des personnes de son sexe parce que les éventuels

partenaires de son âge ou de l'autre sexe apparaissent inaccessibles pour diverses raisons. Il y a des dynamiques étouffantes : agresser, abuser de façon répétée et ensuite se voir isolé. Il y a aussi des dynamiques épanouissantes : développer, avec le support nécessaire, une pratique à sa mesure, personnellement agréable et socialement acceptable. La personne ayant une déficience intellectuelle ne demande pas d'être jugée, mais d'être comprise, aidée, encouragée dans son cheminement vers une plus grande habileté à choisir et à se responsabiliser.

▣ L'intervention sexo-éducative

Les interventions sexo-éducatives se font dans un contexte d'apprentissage (au sens de programme d'éducation sexuelle) et couvrent habituellement trois grands thèmes.

1. Prise de conscience de son corps

Sensibilisation à son schéma corporel (anatomie, schéma corporel, sensations, émotions, sentiments) – initiation à la relaxation – expérimentation de l'expression (joie, colère, tristesse, peur, dégoût, acceptation, refus) découverte de sa sensualité (plaisir, excitation érotique) – identité personnelle (image corporelle, affirmation de soi, etc.) – etc.

2. Connaissance de son corps

Phénomènes sexuels dans leurs aspects anatomophysiologique, affectif et social (excitation, masturbation, puberté, menstruation, contraception, etc.) – soins corporels (soins sanitaires, esthétiques, d'hygiène menstruelle et autres, maladies transmises sexuellement) – etc.

3. Relations Interpersonnelles

Contacts personnels divers (parents, personnes-ressources, amitiés, camarades de jeu ou de travail, personnes inconnues, personnes reliées à des services comme dépanneur, dentiste, etc.) – différents types de contacts physiques – sollicitation (expression, acceptation, refus) – relation érotique (clarification de son orientation érotique hétérosexuelle ou homosexuelle, étapes affectives à franchir, conditions du consentement mutuel, savoir-faire) – etc.

Aussi, l'intervention sexo-éducative peut répondre à une demande d'aide reliée à un vécu problématique : exhibitionnisme, abus ou agression, pédophilie, voyeurisme, etc. Elle identifie alors la dynamique compensatoire ou étouffante et propose des apprentissages susceptibles d'apporter un mieux-être.

▣ Des valeurs sexuelles de base

Surgit la question incontournable que se posent des parents et des personnes-ressources : *Quelle approche morale adopter auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle ?* Voulons-nous qu'elles s'intègrent à une société de consommation du plaisir sexuel (jetable après usage comme un condom) ? La société québécoise regroupée autour des institutions religieuses (églises, écoles, etc.) n'existe plus comme telle. Alors, y a-t-il encore des valeurs capables de guider l'éducation sexuelle ? Heureusement oui. Ces valeurs font partie de notre vision de la société d'aujourd'hui. Certaines se retrouvent dans les Chartes canadienne et québécoise des droits de la personne ; d'autres s'inspirent des grands courants de pensée humaniste et des codes de lois régissant nos comportements sexuels. Il s'agit de sept valeurs de base suffisamment fortes pour susciter le consensus entre parents, personnes-ressources, responsables de services et intervenants.

1. Égalité des sexes

Le principe de la valorisation du rôle social propose qu'on perçoive la personne ayant une déficience intellectuelle d'abord comme une personne humaine, et non comme une personne réduite à sa déficience. De même, ce qui détermine le choix des connaissances et des habiletés à promouvoir, c'est le plus grand développement de l'autonomie de la personne et ce, quel que soit son sexe. La valorisation du rôle social tend à favoriser des échanges interpersonnels qui soient les plus égalitaires possibles, dans le respect des différences de chacun et de chacune.

2. Liberté et attirance sexuelle

L'attirance sexuelle relève, entre autres, des goûts et préférences de la personne, non d'une loi ou d'un instinct de nature biologique. La recherche du développement personnel et social de l'individu doit donc s'accommoder de la donnée que constitue son orientation érotique, que celle-ci soit hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle.

3. Mixité des milieux de vie

Tout comme l'apprentissage de comportements sociaux passe par la pratique des relations interpersonnelles, c'est en se côtoyant dans le quotidien que les garçons et les filles, que les femmes et les hommes peuvent acquérir des habiletés de communication et une perception plus réaliste de l'un et de l'autre.

4. Consentement mutuel

Les échanges érotiques, basés sur le consentement mutuel, impliquent l'égalité et la responsabilité de l'un et de l'autre des partenaires.

5. Intimité

Loin d'être une cachette où se font des choses défendues ou laides à voir, l'intimité apparaît comme un lieu où l'on se sent en confiance et où l'on peut en toute sécurité vivre, entre autres, certaines pratiques érotiques impliquant les organes génitaux ou d'autres attributs sexuels. C'est aussi le climat de confiance nécessaire pour exprimer à une personne significative ce qu'on ressent, pense, désire. L'intimité constitue un élément essentiel de la vie privée.

6. Individualité

Au-delà des étiquettes, des stéréotypes et du conformisme, la valorisation de l'individualité met l'accent sur le développement des caractéristiques épanouissantes de la personne. Bien différente de l'individualisme et du chacun pour soi ou de l'égocentrisme et du moi centre de tout, l'individualité caractérise une personne qui a sa façon bien à elle d'être et d'agir tout en respectant la collectivité. L'individualité rend stimulants les échanges et les partages.

7. Responsabilité

Dans la perspective de la valorisation du rôle social, à mesure qu'augmente la capacité de la personne d'être responsable de sa pratique en matière de sexualité, plus grandes apparaissent sa liberté de choix et la maîtrise possible de ses relations amoureuses, érotiques et conjugales, ainsi

que de son potentiel reproducteur. Plus grande apparaît également la responsabilité du milieu éducatif face à la contraception et à la protection de la santé de la personne.

☒ Pour une sexualité valorisante

À la vie de couple et aux relations sexuelles se posent comme préalables l'amitié et des habiletés minimales. On ne demande pas à une personne ayant une déficience intellectuelle de prendre seule les transports en commun sans s'assurer qu'elle possède les connaissances et les habiletés de base pertinentes ; on aura au préalable procédé à des apprentissages. Et on restera vigilant, attentif à des incidents de parcours. En matière d'éducation sexuelle, trop souvent les personnes ayant une déficience intellectuelle et leurs parents sont laissés à eux-mêmes, aux prises avec des difficultés qui dépassent rapidement leurs compétences et leur bonne volonté.

La sexualité, dans ses composantes affectives aussi bien qu'érotiques, constitue une des dimensions les plus susceptibles de favoriser ou de bloquer le développement psychosocial de l'individu. L'éducation sexuelle doit nous apparaître comme un droit tout à fait justifié dans une société favorisant une politique de valorisation du rôle social. En matière de sexualité, la personne ayant une déficience intellectuelle a non seulement le droit mais un besoin essentiel de bénéficier d'un support individualisé pour y répondre le plus adéquatement possible. De même, il revient aux organismes d'offrir une formation et un encadrement adéquats à leur personnel pour répondre aux demandes formulées ou prévisibles de leur clientèle.

Enfin, espérons-nous qu'avec une éducation sexuelle les personnes ayant une déficience intellectuelle vivront une sexualité plus équilibrée que la nôtre ? Elles continueront à nous imiter et à nous rappeler notre propre image. Cependant, nous pouvons cesser d'improviser et d'agir exclusivement en cas d'incendies majeurs. S'il n'y a pas de recette miracle, si actuellement nous ne faisons que poser des questions et proposer des réponses, il existe tout de même des personnes formées à l'intervention sexologique. Ayons la pertinence de recourir à leurs services !

Bibliographie

Charte canadienne des droits et libertés (1984). *Guide à l'intention des Canadiens*. S.I., Centre d'information sur l'unité canadienne.

Charte des droits et libertés de la personne (1984). S.I. Éditeur officiel du Québec.

DUPRAS, André et Michel LEMAY (1981). « Contrôle de la fertilité et handicap mental. Un bilan de la situation au Québec (1977-1981) ». *Bulletin Canadien de l'aide juridique*, 4 (3 juillet 1981), pp. 193-210.

La relation d'aide auprès des jeunes¹

Les principes de base

1. **INDIVIDUALISER**
 - Aménager l'espace et le temps
 - Écouter
 - Prêter attention
 - Reconnaître l'unicité de chaque jeune
 - Se libérer de ses propres préjugés
 - Aller au rythme du jeune

2. **FAVORISER L'EXPRESSION DES SENTIMENTS**
 - Reconnaître et clarifier les émotions
 - Établir les liens entre problèmes et symptômes
 - Poser les limites de notre rôle
 - Ne pas prendre le problème sur soi

3. **RÉPONDRE AUX SENTIMENTS**
 - S'engager personnellement
 - Ne pas plaindre
 - Réfléter
 - Questionner judicieusement

4. **ACCEPTER**
 - Accepter la personne et non le comportement
 - Éviter la projection
 - Éviter la surindentification
 - Respecter

¹ D'après F.P. BIESTEK (1962). *Pour une assistance sociale individualisée : la relation de Casework*. Paris : Éditions du Seuil.

5. **NE PAS JUGER** Le jeune craint d'être jugé
 Le jeune craint d'être blâmé
 Le jeune craint qu'on le contraigne
 Le jeune craint qu'on lui pose une étiquette
6. **RESPECTER L'AUTONOMIE** Faire confiance
 Ne pas user d'autorité (limites)
 Responsabiliser
 Ne pas manipuler
7. **RESPECTER LE SECRET PROFESSIONNEL** Secret partagé
 Droit du jeune
 Limites des droits du jeune

Autres théories

- T. GORDON (1977). *Parents efficaces*. Institut de développement humain. Éditions du jour, 445 pages.
- W. GLASSER (1971). *La théorie par le réel : la réalité*. 6e édition. Paris : Éditions de l'Épi, 213 pages (hommes et groupes).

I 12,821

E-2954

Ex.2

Beaupré, Pierrette

Brochu, Céline et al.

Guide d'animation du programme de
formation "parents d'accueil et
prévention des MTS et du VIH-SIDA
chez les adolescentes et les adoles-
cents à risque"

I 12,821

Ex.2

