

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

**La grossesse chez les adolescentes
de la Côte-Nord :
État de situation et perspective
de prévention du phénomène**

Octobre 2001

Auteure :

Lyse Banville, agente de recherche

**@ Régie régionale de la santé et des services
sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2001**

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-89003-126-8

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du *Programme de subventions en santé publique*.

Par ailleurs, cette étude est redevable au soutien et à la collaboration de plusieurs personnes. Je désire remercier madame Nicole Boudreau, chef du service en connaissance, surveillance, recherche et évaluation, pour les conseils, les commentaires et l'appui qu'elle m'a donnés tout au long du processus de recherche et sur le plan de la méthodologie.

Je tiens à exprimer ma gratitude à madame Maria Fortin, agente de planification et de programmation à la Régie régionale, pour les nombreuses informations qu'elle m'a fournies sur le contenu du programme de périnatalité sur la Côte-Nord ainsi que sur les priorités provinciales dans ce domaine.

Je remercie également les membres du comité aviseur, formé dans le cadre de cette étude, pour leur collaboration et leurs précieux commentaires relativement au phénomène des grossesses à l'adolescence ainsi que sur le contenu de l'étude.

En ce qui a trait à la collecte des données, je veux manifester ma reconnaissance aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des communautés autochtones, des organismes communautaires de la région qui ont bien voulu accepter d'être rencontrés en entrevue. Leur expérience du milieu dans lequel ils pratiquent ainsi que leur compréhension et les relations qu'ils entretiennent avec la clientèle qu'ils desservent m'ont permis de mieux comprendre la dynamique entourant la problématique des grossesses à l'adolescence sur la Côte-Nord. Un grand merci à tous.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
CHAPITRE I - LE CADRE DE RÉFÉRENCE, LES OBJECTIFS ET LA STRATÉGIE DE RECHERCHE	7
1.1 LE CADRE DE RÉFÉRENCE.....	7
1.1.1 La problématique	7
1.2 LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	8
1.3 LA STRATÉGIE DE RECHERCHE	10
1.3.1 Les participants aux entrevues.....	10
1.3.2 La collecte des données	11
1.3.3 La consultation.....	12
CHAPITRE II -REVUE DE LITTÉRATURE : ÉTAT DE SITUATION SUR LA PROBLÉMATIQUE DES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE	15
2.1 LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE.....	15
2.1.1 Le milieu autochtone : la dynamique sociale entourant le phénomène des grossesses à l'adolescence	16
2.2 LES ISSUES DE LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES.....	18
2.2.1 L'interruption volontaire de grossesse.....	18
2.2.2 La poursuite de la grossesse.....	19
2.3 LES CONSÉQUENCES DE LA MATERNITÉ À L'ADOLESCENCE.....	20
2.4 LES PÈRES ADOLESCENTS	23
2.5 L'ÉDUCATION SEXUELLE ET LA CONTRACEPTION.....	24

CHAPITRE III - L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE DES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE SUR LA CÔTE-NORD	31
3.1 LA PROVENANCE DES DONNÉES.....	31
3.2 LES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE SUR LA CÔTE-NORD ET AU QUÉBEC	31
3.3 LA RÉPARTITION DU TAUX DE FÉCONDITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES DE LA CÔTE-NORD SELON LEUR MILIEU D'ORIGINE.....	33
3.4 LA MATERNITÉ CHEZ LES FEMMES ÂGÉES DE 18 À 19 ANS SUR LA CÔTE-NORD	36
CHAPITRE IV - ÉTAT DE SITUATION ET PERSPECTIVE DE PRÉVENTION DES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE SUR LA CÔTE-NORD	41
4.1 LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE.....	41
4.2 LA GROSSESSE ET SES ISSUES.....	42
4.2.1 L'interruption volontaire de grossesse (IVG)	43
4.2.2 La poursuite de la grossesse.....	44
4.3 LES CONSÉQUENCES DE LA MATERNITÉ À L'ADOLESCENCE.....	45
4.4 LES SERVICES OFFERTS AUX ADOLESCENTES ENCEINTES ET AUX JEUNES MÈRES.....	48
4.4.1 Les services en interruption volontaire de grossesse (IVG) sur la Côte-Nord	48
4.4.2 Le suivi prénatal	49
4.4.3 Le suivi postnatal.....	51
4.4.4 Les difficultés reliées à la poursuite des études des mères adolescentes.....	52
4.4.5 Les besoins à combler pour supporter les jeunes mères et leurs enfants	52
4.5 LES MOYENS UTILISÉS ACTUELLEMENT POUR PRÉVENIR LES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE SUR LA CÔTE-NORD.....	53
4.6 LES CONNAISSANCES DES ADOLESCENTS SUR LES DIFFÉRENTS ASPECTS TOUCHANT LA SEXUALITÉ.....	55

4.7	L'OPINION DES RÉPONDANTS RELATIVEMENT À L'INFORMATION TRANSMISE DANS LES ÉCOLES EN MATIÈRE D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ.....	57
4.8	LE PARTAGE DE LA RESPONSABILITÉ DE LA CONTRACEPTION ENTRE LES GARÇONS ET LES FILLES.....	57
4.9	LES MOYENS DE PRÉVENTION À METTRE EN PLACE POUR DIMINUER LE NOMBRE DE GROSSESSES À L'ADOLESCENCE.....	58
	RECOMMANDATIONS.....	65
	DISCUSSION ET CONCLUSION.....	73
	ANNEXE A - LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ AVISEUR.....	79
	ANNEXE B - TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES.....	83
	ANNEXE C - QUESTIONNAIRE.....	89
	BIBLIOGRAPHIE.....	95

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre d'intervenants rencontrés selon la fonction et le milieu de provenance, Côte-Nord, 2000.....	11
Tableau 2	Taux de grossesses pour 1 000 adolescentes âgées de 14 à 17 ans, selon l'issue, par région de résidence et au total du Québec pour la période de 1993 à 1995 (tri des données en ordre décroissant selon le taux de grossesses par région).....	33
Tableau 3	Nombre d'adolescentes âgées de 14 à 17 ans, nombre et taux de naissances vivantes pour 1 000 adolescentes de ce groupe d'âge selon la MRC de résidence, Côte-Nord, 2000	34
Tableau 4	Moyenne annuelle du nombre et du taux de naissances vivantes parmi les femmes blanches et les femmes autochtones âgées de 14 à 17 ans par MRC, pour la période de 1993 à 1997, Côte-Nord, 2000	35
Tableau 5	Taux de grossesses pour 1 000 femmes âgées de 18 à 19 ans, selon l'issue, par région de résidence et au total du Québec, pour la période de 1993 à 1995 (tri des données en ordre décroissant selon le taux de grossesses par région)	36
Tableau 6	Taux de naissances vivantes pour 1 000 femmes âgées de 18 à 19 ans selon la MRC de résidence, Côte-Nord, 2000.....	37
Tableau 7	Nombre et taux de naissances vivantes parmi les femmes blanches et les femmes autochtones âgées de 18 à 19 ans par MRC, pour la période de 1993 à 1997, Côte-Nord, 2000.....	38

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Cette étude s'inscrit dans le cadre des *Orientations en matière de santé et de bien-être pour la Côte-Nord* où les adolescents et les enfants constituent un groupe pour lequel les services en prévention et en intervention doivent faire l'objet d'actions adaptées aux difficultés qu'ils rencontrent autant sur le plan psychologique, relationnel que situationnel. L'apprentissage de modèles familiaux dysfonctionnels, le contexte socioéconomique offrant peu de perspectives d'avenir ainsi que des expériences négatives entraînant une faible estime de soi-même sont des facteurs de risque qui peuvent engendrer des problématiques telles que le décrochage scolaire, la consommation de psychotropes ainsi que des difficultés d'adaptation sociale. La grossesse à l'adolescence et plus particulièrement la maternité précoce constituent également des situations qui peuvent compromettre l'avenir des adolescentes sur le plan personnel, économique et social. Plus spécifiquement, l'interruption volontaire de la grossesse risque de laisser des séquelles psychologiques plus ou moins prononcées dépendant de la capacité de l'adolescente et de son milieu familial à faire face à cette situation. De plus, la majorité des adolescentes ayant la charge d'un enfant ne complètent pas leur cours secondaire. Puisque du niveau de scolarité dépendent les perspectives d'emploi et de revenus suffisants, les mères adolescentes et leurs enfants sont susceptibles de vivre dans la pauvreté. Les études démontrent que les conditions socioéconomiques difficiles, associées à l'immaturité de la mère ou des jeunes parents ainsi que leur ignorance au sujet des soins et du développement de l'enfant, peuvent compromettre l'avenir de ce dernier. À cause de ces difficultés, les mères adolescentes sont considérées comme un groupe à risque de négligence, d'abus et d'abandon de leur enfant.

Pour ces raisons, il apparaît pertinent de vérifier la situation régionale des adolescentes enceintes et des jeunes mères afin de prévenir les risques associés à ce phénomène.

Le but premier de cette étude est de générer des informations sur les grossesses à l'adolescence sur la Côte-Nord afin d'identifier des facteurs de protection susceptibles d'en diminuer le nombre et de limiter les conséquences négatives d'un tel événement pour les jeunes mères et pour leurs enfants.

Pour y parvenir, la démarche utilisée consiste à examiner diverses sources d'information concernant la problématique à l'étude.

D'abord, les données statistiques ont permis de mesurer l'ampleur du phénomène sur la Côte-Nord. Ensuite, une revue de littérature a contribué à mettre en parallèle les facteurs de risque et les conséquences de la grossesse à l'adolescence avec ceux identifiés par les intervenants régionaux interpellés par cette question. Ces derniers ont été rencontrés en entrevue et les sujets abordés ont été répartis en trois volets.

Le premier volet porte sur l'approche utilisée en prévention auprès de l'ensemble des adolescents ainsi qu'avec les adolescentes qui utilisent les services de santé lorsque, par exemple, elles consultent pour se procurer des contraceptifs ou qu'elles ont besoin d'une contraception d'urgence. Le second se rapporte aux services en interruption volontaire de grossesse offerts sur la Côte-Nord. Le troisième volet traite des pratiques des intervenants en ce qui a trait au suivi pré et postnatal des jeunes mères ainsi qu'au support à leur apporter pour le développement des compétences parentales afin de prévenir les risques de négligence et de difficultés d'adaptation chez leurs enfants.

Le présent document se divise en quatre chapitres. Le premier est consacré au cadre de référence, à la méthodologie, aux objectifs de l'étude. Le deuxième présente une revue de littérature sur le sujet à l'étude, alors que le troisième porte sur la prévalence du problème sur la Côte-Nord comparativement au reste de la province. Les données statistiques permettent également de mesurer l'ampleur du phénomène de la maternité à l'adolescence pour chacune des MRC ainsi que pour les communautés autochtones de la région. Le quatrième chapitre contient les résultats des entrevues réalisées auprès des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu autochtone et des organismes communautaires oeuvrant auprès des jeunes mères et de leurs enfants. En conclusion, nous rappelons les principaux constats ainsi que les recommandations que cette étude a permis de dégager.

Enfin, nous espérons que cette démarche trouvera ses retombées par une contribution dans l'élaboration de stratégies de prévention des grossesses et de la maternité à l'adolescence.

CHAPITRE I

***Le cadre de référence,
les objectifs
et la stratégie de recherche***

CHAPITRE 1

LE CADRE DE RÉFÉRENCE, LES OBJECTIFS ET LA STRATÉGIE DE RECHERCHE

1.1 LE CADRE DE RÉFÉRENCE

1.1.1 La problématique

Sur la Côte-Nord, le taux de grossesses chez les adolescentes est supérieur au reste de la province. Ainsi, pour 1 000 adolescentes âgées de moins de 18 ans, le taux nord-côtier est de 25,5 contre 19,1 pour la province de Québec. De plus, les jeunes filles enceintes de la Côte-Nord sont moins susceptibles de recourir à l'avortement puisque sur 100 grossesses, 54 se terminent par une naissance vivante alors qu'au niveau provincial ce pourcentage est de 29 % (voir annexe B, tableau 9).

Par ailleurs, dans les études portant sur la grossesse et la maternité à l'adolescence, les facteurs tels que le milieu socioéconomique de provenance des jeunes filles, des relations familiales inadéquates, des patterns familiaux intergénérationnels, une faible estime de soi ainsi qu'une éducation inappropriée en matière de sexualité comptent parmi les composantes de ce phénomène.

En ce qui a trait aux conséquences d'un tel événement, elles sont surtout d'ordre personnel et socioéconomique. D'abord, les adolescentes enceintes sont plus susceptibles de connaître des complications pendant la grossesse par négligence de recourir à un suivi prénatal précoce et régulier. Pour leurs enfants, les risques plus élevés de prématurité et de petit poids à la naissance peuvent entraîner des conséquences neurologiques à long terme. Ensuite, à cause du stress engendré par l'état d'isolement et de pauvreté souvent vécu par les jeunes mères, ces enfants sont susceptibles de développer des troubles de comportement ainsi que des retards dans leur développement cognitif et psychosocial.

En conséquence, la problématique des grossesses à l'adolescence justifie une démarche spécifique en prévention afin de parvenir à une diminution du phénomène et à une réduction des problèmes qui y sont associés.

1.2 LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Les deux principaux objectifs de l'étude consistent, pour le premier, à identifier les facteurs de protection susceptibles de diminuer le nombre de grossesses chez les adolescentes de la Côte-Nord et, pour le deuxième, à proposer des moyens permettant de limiter les conséquences négatives d'un tel événement pour les jeunes mères et pour leurs enfants. Pour y parvenir, les objectifs spécifiques suivants ont été proposés :

- 1) Mesurer l'ampleur du phénomène des grossesses et de la maternité à l'adolescence sur la Côte-Nord.
- 2) Identifier les facteurs susceptibles d'expliquer la grossesse et la maternité chez les adolescentes dans une perspective de prévention de la problématique en tenant compte de la présence des sous-cultures locales et des particularités culturelles des communautés autochtones.
- 3) Identifier et proposer des avenues pouvant aider à prévenir les difficultés physiologiques et psychosociales pour la mère et pour l'enfant pendant et après la grossesse.
- 4) Proposer des mesures pour mieux supporter les jeunes mères dans la poursuite de leurs études, dans l'éducation de leurs enfants et dans la prise en charge adéquate de ce dernier.

Pour atteindre le premier objectif spécifique de l'étude qui vise à mesurer l'ampleur des grossesses à l'adolescence sur la Côte-Nord, les données statistiques ont permis de vérifier la situation régionale comparativement au reste de la province ainsi que la prévalence du phénomène pour chacune des MRC. Les données touchant les communautés autochtones ont fait l'objet d'un traitement statistique particulier puisqu'elles témoignent d'un taux de maternités plus précoces.

En ce qui a trait au deuxième objectif visant à identifier les facteurs susceptibles d'expliquer la grossesse chez les adolescentes, la revue de littérature a contribué à une meilleure connaissance des éléments qui influencent les perceptions, les convictions personnelles et sociales ainsi que les comportements liés au phénomène des grossesses à l'adolescence.

Pour atteindre le troisième et le quatrième objectif spécifique, les informations proviennent de deux sources principales. D'abord, la revue de littérature a permis de faire le point sur les facteurs associés à la grossesse à l'adolescence et aux conséquences d'un tel événement. Ensuite, des entrevues avec des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des communautés autochtones, des

organismes communautaires oeuvrant auprès des jeunes mères et de leurs enfants ont servi à approfondir et comparer les facteurs de risque et les conséquences prévalant sur la Côte-Nord, compte tenu des sous-cultures locales et des communautés autochtones. Ces entrevues visaient également à effectuer un inventaire des moyens de prévention et d'intervention actuellement utilisés et à identifier les pistes d'action en prévention des grossesses chez les adolescentes et en intervention auprès des jeunes mères afin de pallier aux difficultés associées à la grossesse et à la maternité à l'adolescence.

La figure suivante présente les objectifs de cette étude et les différentes composantes qui déterminent son opérationnalisation.

Figure 1

**La grossesse chez les adolescentes de la Côte-Nord :
état de situation et perspective de prévention du phénomène**

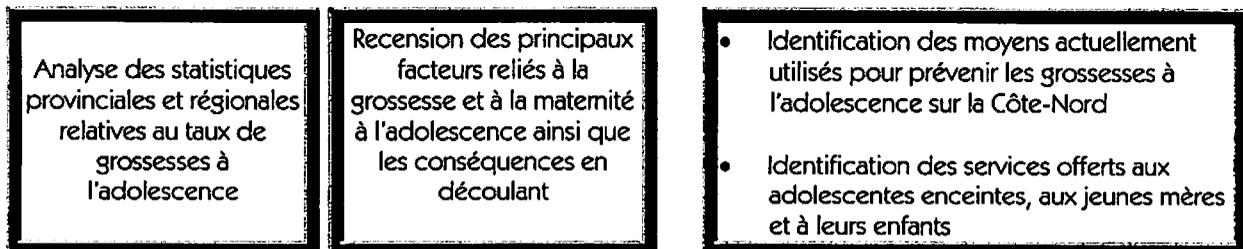
Objectifs principaux de l'étude



Objectifs spécifiques



Stratégies



1.3 LA STRATÉGIE DE RECHERCHE

Pour réaliser l'étude, la formation d'un comité avisé, composé d'intervenants impliqués dans le dossier de la périnatalité sur la Côte-Nord, a permis de valider les objectifs du projet et de recommander les avenues à explorer et les suites à donner aux résultats de l'étude en matière de prévention des grossesses et de suivi psychosocial auprès des jeunes mères et de leurs enfants. La liste des membres de ce comité est présentée à l'annexe A.

Par la suite, une revue de littérature concernant la problématique des grossesses à l'adolescence ainsi qu'une compilation des données statistiques portant sur le nombre et l'issue des grossesses au Québec et sur la Côte-Nord pour les années 1993 à 1995 ont été produites. La période à l'étude a été choisie afin de tenir compte d'une part, des données du ministère de la Santé et des Services sociaux (M. Rochon, 1997) concernant l'ensemble du Québec et de chacune de ses régions sociosanitaires et, d'autre part, d'utiliser les données populationnelles du dernier recensement de 1996 pour le traitement des données concernant la Côte-Nord.

Enfin, des entrevues individuelles avec des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et des communautés autochtones ainsi qu'auprès de responsables d'organismes communautaires ont permis de recueillir les informations pertinentes sur les différents aspects reliés aux objectifs de l'étude.

1.3.1 Les participants aux entrevues

Le nombre et la sélection des intervenants à rencontrer ont été déterminés en se basant sur la méthode d'échantillonnage par choix raisonné. Cette procédure consiste à déterminer à l'avance les critères de sélection des répondants en tenant compte de certaines caractéristiques de la population cible qui, dans cette étude, est constituée de l'ensemble des intervenants de la Côte-Nord interpellés par la problématique des grossesses à l'adolescence. En conséquence, deux critères ont guidé la sélection des personnes à rencontrer et le nombre d'entrevues à réaliser. Premièrement, les répondants devaient être en mesure de transmettre leur expérience auprès des adolescentes enceintes ou des jeunes mères ayant donné naissance à un enfant avant l'âge de 18 ans. Deuxièmement, la provenance des répondants devait respecter une certaine représentativité territoriale par municipalité régionale de comté (MRC) afin de tenir compte des particularités sous-régionales et de la répartition des communautés autochtones de la Côte-Nord. De plus, la taille prédéterminée de l'échantillon peut augmenter ou diminuer lorsque l'on observe une saturation dans les informations recueillies. À partir de ces critères, 21 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ont été rencontrés dont dix infirmières, quatre intervenants

psychosociaux, six médecins et un chef de programmes en CLSC. Pour les organismes communautaires travaillant auprès des jeunes mères, quatre intervenants ont été rencontrés. En milieu autochtone, deux médecins, quatre infirmières, trois intervenants sociaux et une nutritionniste ont participé aux entrevues pour un total de dix personnes.

Tableau 1
Nombre d'intervenants rencontrés
selon la fonction et le milieu de provenance, Côte-Nord, 2000

Fonction	Milieu de provenance		
	Réseau de la santé et des services sociaux	Communauté autochtone	Organisme communautaire
Intervenant psychosocial	4	3	
Chef de programmes en CLSC	1		
Infirmière	10	4	
Intervenant communautaire			4
Médecin	6	2	
Nutritionniste		1	
Région de la Côte-Nord	21	10	4

1.3.2 La collecte des données

La collecte des données s'est effectuée sous forme d'entrevues individuelles semi-dirigées, d'une durée de une heure environ, auprès des 35 répondants. Le questionnaire utilisé lors des entrevues comporte quatre sections. La première porte sur la prévention des grossesses à l'adolescence alors que la deuxième traite des issues possibles des grossesses. Les troisième et quatrième sections sont consacrées à la poursuite de la grossesse et au suivi pré et postnatal de la mère et de son enfant. Les thèmes abordés, sous forme de questions fermées et de questions ouvertes, ont permis aux répondants de transmettre leur expérience au regard de la problématique à l'étude ainsi que d'émettre leurs commentaires sur les difficultés rencontrées par les adolescentes enceintes et par celles qui poursuivent leur grossesse. Les répondants ont également fait part des besoins en prévention et en intervention auprès de cette clientèle. D'autres questions visaient à connaître l'appréciation des répondants relativement aux services offerts aux adolescentes qui choisissent l'interruption volontaire de grossesse ainsi que pour celles qui s'engagent à poursuivre leur grossesse et à élever leur enfant.

1.3.3 La consultation

Les résultats de l'étude ont été présentés aux membres du comité aviseur afin qu'ils prennent connaissance des informations recueillies au cours des entrevues. Dans l'ensemble, les personnes présentes se sont montrées satisfaites des résultats de l'étude et ont apporté des commentaires fort pertinents par rapport à son contenu. D'ailleurs, leurs suggestions concernant des modifications à apporter dans l'organisation des services et de l'approche à utiliser auprès des adolescentes enceintes et des jeunes mères ont été prises en considération lors de la formulation des recommandations puisqu'elles venaient appuyer et confirmer les opinions des personnes rencontrées en entrevue.

CHAPITRE II

***Revue de littérature :
État de situation
sur la problématique
des grossesses à l'adolescence***

CHAPITRE II

REVUE DE LITTÉRATURE : ÉTAT DE SITUATION SUR LA PROBLÉMATIQUE DES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE

2.1 LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE

D'après les études portant sur les grossesses à l'adolescence, les facteurs biologiques, cognitifs, psychologiques, sociaux et familiaux, ainsi que l'éducation à la sexualité et à la contraception, regroupent les principales composantes étiologiques du phénomène.

Plus précisément, les facteurs biologiques se rapportent à la maturation sexuelle, plus précoce chez les jeunes d'aujourd'hui, alors que l'aspect cognitif propre au développement des adolescents est caractérisé par l'égoïsme et un sentiment d'invulnérabilité. Sur le plan psychologique, les jeunes filles, tout comme les garçons d'ailleurs, sont à la recherche de leur identité, d'intimité dans leur relation et d'autonomie dans leur comportement, leur choix et leur univers affectif. Les facteurs sociaux et familiaux ont également une influence marquée et variable sur les adolescents quant au développement et à l'expression de leur sexualité et au type de relation qu'ils entretiendront avec leur partenaire. L'évolution des mentalités sur le plan sexuel, couplée à la liberté d'expression personnelle, s'est transposée dans un climat de plus grande permissivité sexuelle. Quant aux parents, ils demeurent encore la source la plus significative de transfert des valeurs personnelles et familiales pour les enfants et influencent grandement le processus d'adaptation et d'ajustement des adolescents à la vie en société (L. Charbonneau et coll., 1989, G. Filion et al., 1984).

Outre les facteurs d'ordre personnel, familial et social rattachés au phénomène de la grossesse à l'adolescence, certains auteurs soulignent qu'une éducation adéquate en matière de sexualité et de contraception réduit les risques de grossesses chez les jeunes filles et favorise, chez l'ensemble des adolescents, des comportements plus responsables au regard de la sexualité.

De plus, les diverses études consacrées à la grossesse à l'adolescence établissent une distinction entre la grossesse indésirée, c'est-à-dire une grossesse résultant d'un accident de parcours, et la grossesse comme l'expression d'un désir plus ou moins conscient de la part de l'adolescente d'être enceinte et d'avoir un enfant.

Dans le premier cas, les facteurs prédominants se rapportent au sentiment d'invulnérabilité et à la pensée magique souvent ressentis à l'adolescence ainsi qu'à la difficulté d'anticiper les conséquences de ses actes, associée à la notion abstraite que représente la fertilité pour les adolescents (R. Letendre, 1999, L. Charbonneau, 1989, J. Côté, 1996).

Dans le deuxième cas, les facteurs à l'origine du désir de grossesse seraient plutôt reliés à des besoins tels que l'émancipation de la famille d'origine et l'accès au statut d'adulte ou, au contraire, au prolongement des liens de dépendance à la famille. Il peut s'agir également pour l'adolescente d'une réponse à son besoin d'identité sexuelle, d'une confirmation de sa féminité et de sa fertilité ou d'une reconnaissance d'un rôle socialement respecté. D'autres auteurs ajoutent que certaines adolescentes enceintes présentent des carences sur le plan affectif et relationnel. Le désir d'être mère est alors perçu comme un besoin d'établir une relation fusionnelle et inconditionnelle d'amour et de confiance avec l'enfant à naître (R. Letendre, 1999, L. Charbonneau, 1989, G. Fillion, 1984).

Malgré les différentes théories pouvant aider à comprendre le processus sous-jacent à la grossesse à l'adolescence, plusieurs auteurs soutiennent qu'il s'avère encore difficile d'établir des différences significatives entre l'adolescente qui devient enceinte de celle qui prend les moyens nécessaires pour retarder cet événement jusqu'à l'âge adulte.

2.1.1 Le milieu autochtone : la dynamique sociale entourant le phénomène des grossesses à l'adolescence

Le nombre élevé de grossesses chez les adolescentes autochtones est souvent associé à la culture et aux traditions de ces peuples. Toutefois, en examinant le contexte historique des communautés autochtones nord-côtières, il semble que ce phénomène soit davantage relié à la trajectoire sociale, économique et politique de ces communautés.

D'abord, à la fin du 19^e siècle, la promulgation de la *Loi sur les Indiens* et la prise en charge des autochtones par le gouvernement fédéral entraîne la création des réserves.¹ Malgré tout, jusqu'au milieu du 20^e siècle, les Montagnais de la Côte-Nord réussissent à conserver leur mode de vie traditionnel, qui varie au rythme des saisons. À l'automne, ils se rassemblaient en groupe pour ensuite se disperser, en famille, sur les territoires de chasse où ils passaient tout l'hiver. Après le dégel des rivières, ils revenaient vers le littoral pour la saison de la pêche et de la cueillette des fruits sauvages. C'est à cette période de

¹ Lucie DUMAS et coll.. *Les Amérindiens et les Inuit du Québec d'aujourd'hui*, Secrétariat aux affaires autochtones, Gouvernement du Québec, 1995, page 3.

l'année que les jeunes avaient l'occasion de se fréquenter et que les mariages avaient lieu. Les parents avaient leur mot à dire dans le choix de la jeune fille quant à son éventuel époux. Il fallait, par exemple, qu'il possède les qualités d'un bon chasseur pour s'assurer de faire vivre sa future famille convenablement. Les filles se mariaient jeunes, mais comme chez les jeunes filles blanches de cette époque, la norme sociale estimait qu'elles étaient matures et possédaient déjà la capacité d'assumer les tâches qui leur revenaient.²

Ensuite, avec l'arrivée des compagnies forestières, l'exploitation des ressources minières et la construction des barrages hydroélectriques, les Amérindiens ont perdu une grande partie de leur territoire de chasse et ont été confinés dans les réserves.³ Cette situation a entraîné une relation de dépendance des autochtones envers les gouvernements, une profonde désorganisation sociale et a engendré une longue période d'infériorisation personnelle et communautaire. Des problèmes tels que la consommation abusive d'alcool, la toxicomanie, la violence conjugale, familiale et sexuelle et le haut taux de suicides sont apparus dans les communautés et ont marqué l'enfance et la jeunesse de plusieurs de leurs membres. De plus, les jeunes autochtones sont confrontés à un marché du travail difficilement accessible, à la pauvreté et à l'imposition des valeurs sociales nord-américaines.⁴ Et ces jeunes, comme tous ceux de leur âge, ont à vivre la période de l'adolescence avec tout ce qu'elle comporte d'insécurité, de remise en question, d'affirmation de soi et de recherche de sa propre identité. Également, bien des adolescents autochtones ont aussi de la difficulté à se projeter dans l'avenir de manière à se créer un projet de vie qui les inciterait à actualiser leur potentiel. Dans ce contexte, le phénomène des grossesses à l'adolescence s'inscrit dans un processus de recherche d'identité personnelle et constitue une réponse au besoin de valorisation de certaines adolescentes. La maternité devient donc pour elles le seul statut auquel elles peuvent espérer accéder. Ainsi, on peut estimer que le nombre élevé de grossesses à l'adolescence constitue non pas une caractéristique culturelle, mais plutôt un fait social, et s'inscrit donc à travers les différentes problématiques qui se vivent dans les communautés autochtones.

² Entretien avec une intervenante d'origine montagnaise d'une communauté de la Côte-Nord.

³ Mylène JACCOUD, *Les Inuit et la question pénale : le cas du Nouveau-Québec*, Thèse de doctorat, École de criminologie, Université de Montréal, 1992, p. 17-18.

⁴ Marie-Josée BELLEAU, *Jeunes et autochtones : les défis de l'oppression dans une formation à l'intervention*, Collectif québécois d'édition populaire, cahier numéro 7, 1994, p. 4-5.

2.2 LES ISSUES DE LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES

Lorsque les adolescentes découvrent qu'elles sont enceintes, deux options s'offrent à elles : l'interruption ou la poursuite de sa grossesse.

Selon les différentes études à ce sujet, la décision prise par les adolescentes réfère d'une part à des facteurs intrinsèques tels que la personnalité, le niveau de maturité atteint et la capacité de projection dans le futur. D'autre part, des facteurs extrinsèques tels que le milieu culturel et socioéconomique, l'éducation, la famille, les amis ainsi que le père de l'enfant exercent aussi une influence sur la décision de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse (G. Filion, 1984, L. Charbonneau, 1989).

2.2.1 L'interruption volontaire de grossesse

Les données présentées dans la littérature relativement aux caractéristiques des adolescentes qui décident de recourir à l'avortement révèlent que ces jeunes filles présentent un profil différent de celles qui décident de poursuivre leur grossesse. Les adolescentes qui recourent à l'avortement proviendraient généralement de familles intactes et de niveau socioéconomique moyen ou élevé. Habituellement, elles ont plutôt confiance en elles, sont plus autonomes et indépendantes et possèdent une meilleure capacité de se projeter dans le futur, ce qui leur permet de mieux percevoir l'impact de la maternité sur leur vie. En général, elles ont un bon dossier académique et des aspirations professionnelles plus élevées. De plus, certaines ont déjà pratiqué une forme de contraception et l'on retrouve souvent dans leur entourage et leurs connaissances une personne qui a déjà subi un avortement (R. Letendre, 1999, G. Filion, 1984, L. Charbonneau, 1989). La décision de procéder à l'interruption volontaire de grossesse serait aussi conditionnelle à l'âge de la jeune fille. Celles qui sont très jeunes ne possèdent pas nécessairement les caractéristiques énumérées précédemment, mais leur milieu familial exerce une grande influence en faveur de l'avortement en raison de leur jeune âge.

Les conséquences de l'interruption volontaire de grossesse sont de deux ordres. Sur le plan physique, les risques sont minimes même si les jeunes filles consultent et subissent l'avortement à un degré de grossesse un peu plus avancé que les adultes. Par exemple, en 1990, on dénombre 6,2 % avortements tardifs chez les femmes âgées de moins de 19 ans contre 4,2 % chez celles âgées de 19 ans et plus (M. Di Domenico, 1992). Les facteurs contribuant à retarder l'avortement sont associés, entre autres, à l'ignorance des signes de grossesse, à la négation de la grossesse, à l'ambivalence face aux options possibles, à la pression de l'entourage pour garder le bébé et au manque d'information sur la disponibilité de l'avortement (G. Filion, 1984).

Sur le plan psychologique, les conséquences de l'interruption volontaire de grossesse réfèrent aux appréhensions des adolescentes concernant l'intervention proprement dite. Ces dernières expriment des craintes relativement aux douleurs qu'elles pourraient ressentir, aux conséquences médicales qui pourraient en découler ainsi qu'aux aspects techniques d'une telle intervention. Suite à l'avortement, elles éprouvent un sentiment de culpabilité et, comme les adultes, elles vivent un deuil. Par contre, les séquelles psychologiques sont atténuées lorsque les jeunes filles sont supportées par leur entourage (parents, ami(e)) et que le personnel soignant se montre ouvert et compréhensif envers elles. Selon une recherche clinique réalisée en 1977 sur une période de six ans au Montreal Children's Hospital, «80 % des adolescentes qui ont subi un avortement semblent bien fonctionner émotionnellement et socialement, 20 % d'entre elles se montrent instables émotionnellement et ont un comportement déviant avant comme après l'avortement.» En conclusion, cette étude démontre que «l'avortement ne change ni le mode de vie, ni l'équilibre émotionnel d'une adolescente» (L. Charbonneau, 1988).

2.2.2 La poursuite de la grossesse

Différents facteurs sont associés à la décision des adolescentes de donner naissance à leur enfant avec l'intention de le prendre en charge. Plusieurs auteurs s'entendent à l'effet que ces jeunes filles proviennent en grande majorité de milieux socioéconomiques défavorisés et de familles dysfonctionnelles. La maternité précoce est souvent présente dans la famille immédiate et élargie et les mères de ces adolescentes ont elles-mêmes donné naissance à leur premier enfant avant l'âge de 20 ans. Sur le plan psychologique, elles peuvent présenter des carences affectives et des problèmes de comportement associés à une faible estime d'elles-mêmes. La plupart du temps, elles sont aux prises avec des difficultés scolaires et profitent de leur grossesse pour justifier l'arrêt de leurs études, pour lesquelles elles démontrent d'ailleurs peu d'intérêt (F. C. Remete, 1999, R. Letendre, 1999, J. Côté, 1996, L. Charbonneau, 1988).

D'autres auteurs reprennent la problématique de la maternité à l'adolescence dans une perspective sociale et culturelle de passage à l'âge adulte. Plus spécifiquement, ils considèrent que le processus de passage de l'adolescence vers l'âge adulte s'effectue selon deux axes : la production, c'est-à-dire le départ de l'école et l'entrée sur le marché du travail et la reproduction, caractérisée par le départ de la famille d'origine suivi de l'installation en couple et en famille. Ces auteurs ajoutent que ces deux étapes seraient plus ou moins retardées dans le temps dépendant de la classe sociale d'origine. Ainsi, dans les milieux défavorisés, le passage à la vie adulte s'effectue plus rapidement pour les filles et les garçons. Ces derniers se retrouvent plus tôt sur le marché du travail, occupent des emplois précaires et souvent

peu rémunérés parce que la famille considère la scolarisation comme une étape superflue pour accéder au marché du travail. Pour leur part, les filles de ces milieux quittent l'école plus tôt et le départ de la famille d'origine signifie souvent l'installation en couple et une maternité plus hâtive comparativement aux filles provenant de milieux socioéconomiques plus aisés. Dans ce contexte, la maternité précoce serait perçue de façon moins problématique par les familles de milieux socioéconomiques plus faibles. Ces mêmes auteurs ont également remarqué certaines caractéristiques chez les mères adolescentes provenant de familles défavorisées. D'abord, elles présentent de l'instabilité dans leurs relations amoureuses et de grandes lacunes dans l'utilisation de contraceptif. Ensuite, la communication avec leurs parents au sujet de la sexualité et de la contraception est pratiquement inexistante et ces derniers manifestent une forte opposition à l'avortement (J. Côté, 1996, O. Galland, 1986). En somme, la connotation culturelle et traditionnelle associée au passage à la vie adulte telle que la persistance de stéréotypes sexuels et l'idéalisation de la maternité, associée à certains facteurs d'ordre personnel, cognitif et familial, contribueraient à exposer les jeunes filles des milieux défavorisés à une maternité plus précoce.

2.3 LES CONSÉQUENCES DE LA MATERNITÉ À L'ADOLESCENCE

Les risques reliés à la grossesse à l'adolescence se situent d'abord lors de la période prénatale. En effet, les études à ce sujet s'entendent pour affirmer que les problèmes reliés à l'insuffisance de poids et à la prématurité chez les bébés de mères adolescentes ne sont pas le fait du jeune âge de ces dernières, mais plutôt du manque d'hygiène de vie et de suivi prénatal souvent associés à la précarité de leur situation psychosociale et économique. Par exemple, les données statistiques de 1997 au Québec indiquent que, chez les mères âgées de moins de 18 ans, 7,8 % accouchent de bébés avec une insuffisance de poids comparativement à 5,3 % chez celles âgées de 25 à 29 ans. De même, les mères adolescentes sont un peu plus à risque de mettre au monde un bébé prématuré que les femmes des autres groupes d'âge (8,9 % contre 6,8 % chez les 25 à 29 ans). Le tableau 12, à l'annexe B, présente la répartition des naissances vivantes pour l'année 1997 selon la période de gestation de 36 semaines et moins ainsi que l'insuffisance de poids à la naissance selon l'âge des mères au Québec et sur la Côte-Nord. Soulignons également qu'entre 16 % et 25 % des adolescentes enceintes ne reçoivent aucune supervision médicale pendant leur grossesse, 50 % ne consultent qu'à partir du deuxième trimestre (G. Filion, 1984) et 25 % reçoivent un suivi médical lors du troisième trimestre de leur grossesse (L. Charbonneau, 1988). Enfin, très peu d'adolescentes assistent aux rencontres prénatales. L'écart entre la situation des jeunes mères et celle de la clientèle régulière, composée majoritairement d'adultes de

milieu socioéconomique plus aisé, ne favorise pas l'intégration des adolescentes à l'intérieur des groupes de rencontres prénatales (L. Charbonneau, 1988).

En ce qui a trait au degré d'appréhension des adolescentes relativement à l'accouchement, une étude effectuée auprès de 46 jeunes filles enceintes fréquentant l'école Rosalie-Jetté⁵ démontre que 58 % d'entre elles craignent l'accouchement alors que 31 % attendent impatiemment cet événement. Pour ces dernières, la hâte de voir enfin leur enfant compense la crainte de souffrir lors de l'accouchement. De plus, 11 % des sujets de l'étude ont démontré de l'indifférence lorsqu'elles ont été interrogées sur leur accouchement. Par ailleurs, 41,7 % des adolescentes rencontrées désirent que leur *chum* les accompagne lors de l'accouchement et, pratiquement dans la même proportion, 41,6 % souhaitent que leur mère soit présente. Dans 41,4 % des cas, les adolescentes s'attendent à ce que leur *chum* et leur mère les assistent lors de cet événement. Enfin, seulement 24 % souhaitent la présence d'une autre personne, soit une sœur, une tante, leur père, une amie ou un autre de leur proche (R. Letendre, 1999). Il n'en demeure pas moins que, malgré les craintes entretenues par la majorité des adolescentes, les intervenantes qui les assistent lors de leur accouchement s'accordent pour affirmer qu'elles présentent une certaine facilité à accoucher. En général, elles ont un travail plus rapide que les adultes, elles semblent dilater plus facilement et accouchent souvent naturellement (L. Charbonneau, 1988). D'ailleurs, le taux de césariennes chez les femmes âgées de moins de 20 ans demeure inférieur au reste de la population féminine ayant à subir cette intervention. Selon les données de 1998-1999 pour le Québec, 11 % des accouchements chez les jeunes femmes âgées de moins de 20 ans se terminent par une césarienne comparativement à 16,1 % chez les femmes âgées de 25 à 29 ans et de 18,8 % chez celles dont l'âge varie de 30 à 34 ans.⁶ Toutefois, on constate certaines complications obstétricales assez fréquentes chez les adolescentes telles que l'hypertension de la grossesse et l'anémie ferriprive qui sont souvent reliées au mode de vie de certaines d'entre elles. De plus, le tabagisme, la consommation et l'abus d'alcool et de drogues ainsi que les maladies transmissibles sexuellement constituent un risque pour la santé de la jeune mère et de son enfant.

Suite à la naissance du bébé, les conséquences de la maternité à l'adolescence se font sentir de manière plus intense. La jeune mère est confrontée à la réalité quotidienne qui consiste à s'occuper de son enfant, de façon constante et régulière, à saisir ses besoins et ses demandes, à faire face aux pleurs de la nuit ainsi qu'aux maladies ou aux malaises qui peuvent affecter ce dernier. De plus, la fatigue et le

⁵ L'école Rosalie-Jetté est une école secondaire de Montréal qui accueille chaque année environ 150 jeunes filles enceintes ou ayant de jeunes enfants.

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Statistiques accouchements et naissances*, 1998-1999, Site Internet <http://www.msss.gouv.qc.ca/fs/statisti/accounaiss/index/htm>.



manque d'entraîn dans les premiers mois suivant l'accouchement, les difficultés liées au gardiennage ainsi que les problèmes financiers constituent un départ vers la maternité beaucoup plus stressant que chez la plupart des mères plus âgées. Enfin, l'ignorance de la jeune mère, ou des deux jeunes parents, relativement aux phases normales de développement de l'enfant, crée des attentes irréalistes et engendre de l'impatience et de la frustration chez ces derniers. Ce contexte amène les adolescentes à réagir de façon plus spontanée et souvent avec agressivité lorsqu'elles vivent des moments difficiles. Cette situation constitue également un risque pour la création du lien affectif inadéquat entre la mère et son enfant et un danger de négligence, d'abus et d'abandon pour ce dernier. Enfin, pour celles qui retournent dans leur famille d'origine, l'enfant est souvent pris en charge par la grand-mère ce qui contribue à limiter ou à enlever à la jeune fille ses responsabilités parentales envers son enfant (L. Charbonneau, 1988).

La maternité à l'adolescence peut également entraîner des complications d'ordre physique et psychologique chez les enfants des jeunes mères. En plus des risques de prématurité et d'insuffisance de poids, ces enfants ont tendance à être hospitalisés plus souvent et à développer des maladies psychosomatiques plus fréquemment que les autres. Sur le plan de leur développement psychosocial, certains accumuleront des problèmes psychomoteurs et présenteront des carences d'ordre affectif, émotionnel et cognitif. Ces problèmes sont liés en grande partie au contexte social et économique vécu par la jeune mère ainsi qu'au type d'interaction qui s'établit entre elle et son enfant. À ce sujet, des études ont démontré que les mères adolescentes établissent très peu de contact verbal avec leur enfant ce qui risque de provoquer une sous-stimulation et des retards de langage (L. Charbonneau, 1988, G. Filion, 1984).

Enfin, la sous scolarisation, liée à l'abandon des études, entraîne l'adolescente vers un état de pauvreté presque chronique. D'ailleurs, plus de quatre jeunes mères sur dix se retrouvent sur l'aide sociale en tant que chef de famille monoparentale. En ajoutant celles qui vivent avec un conjoint, cette proportion peut atteindre presque 60 % d'entre elles (L. Charbonneau, 1988). Pour les autres, le travail au salaire minimum et l'occupation d'emplois instables et peu valorisants les maintiennent dans une situation économique souvent très précaire.

En résumé, la grossesse à l'adolescence comporte des risques multiples pour la mère et pour son enfant. Ce dernier est susceptible de présenter des carences autant sur le plan de sa santé que de son développement cognitif, psychosocial et psychomoteur, alors que la jeune mère est rapidement confrontée à un état d'isolement social et à des difficultés d'ordre économique. D'ailleurs, les

intervenants sociaux, tant aux États-Unis qu'au Canada, considèrent que la maternité précoce est «le pivot autour duquel s'engendre et se maintient le cycle de la pauvreté» (Tremblay et al., 1986).

2.4 LES PÈRES ADOLESCENTS

Bien peu d'études ont été consacrées aux jeunes garçons confrontés à la paternité à l'adolescence. Néanmoins, des études démontrent que les jeunes pères, tout comme les jeunes mères, proviennent généralement de milieux socioéconomiques faibles ou défavorisés. De même, ils possèdent une faible scolarité et on constate qu'il existe aussi dans leur famille un pattern de paternité précoce (L. Charbonneau, 1988, R. Letendre, 1999). Également, ils sont souvent plus âgés que les jeunes filles. À cet effet, les données portant sur l'âge des pères d'enfants nés de mères adolescentes entre 1980 et 1985 au Québec indiquent que 55,1 % sont âgés de 20 à 24 ans, 13,5 % ont moins de 20 ans alors que le quart sont âgés de 25 ans et plus.⁷ En ce qui a trait à la stabilité de la relation entre les deux adolescents, ils se fréquentent en moyenne depuis plus de six mois et, l'un comme l'autre, ils sont peu sensibilisés à la contraception.

Les réactions des garçons à l'annonce de la grossesse sont de diverses natures. Soulignons d'abord que 90 % d'entre eux sont les premiers informés de l'événement. Quoique certains refusent la responsabilité d'influencer le choix de leur partenaire sur l'issue possible de la grossesse, la majorité participent à la prise de décision (R. Letendre, 1999, L. Charbonneau, 1988). Pour d'autres, l'annonce de la grossesse les incite à s'éclipser de la vie de l'adolescente. Ce revirement est souvent influencé par les parents du jeune garçon qui refusent de voir leur fils s'engager aussi tôt dans des responsabilités familiales. Par contre, des jeunes filles choisissent de ne pas impliquer leur partenaire dans la prise de décision alors que d'autres vont attendre que leur grossesse soit suffisamment avancée pour éviter les discussions sur la possibilité d'un avortement. Il arrive également que le garçon influence sa partenaire pour qu'elle poursuive sa grossesse en croyant s'assurer la continuation du lien qu'il entretient avec elle. Enfin, plusieurs jeunes hommes prendront la décision conjointement avec leur partenaire et assumeront un support adéquat quelle que soit l'issue de la grossesse. Il n'en demeure pas moins que la majorité des jeunes pères quittent leur compagne dans les deux années suivant la naissance de l'enfant (L. Charbonneau, 1988, R. Letendre, 1999).

⁷ L. CHARBONNEAU et coll.. *Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale : avis sur la grossesse à l'adolescence*, Comité Famille-Enfance de la Division santé communautaire, de l'Association des hôpitaux du Québec, Montréal, 1989, page 140. Source : Registre de la population, Bureau de la statistique du Québec.

Selon certains auteurs, les réactions des jeunes hommes à la paternité se traduisent par des sentiments d'insécurité, de jalousie et de culpabilité. Ils sont confrontés à la réaction négative de la famille de la jeune fille ainsi qu'à celle de leurs parents. Parmi ceux qui s'installent en couple, les difficultés d'ordre économique et d'adaptation à la vie familiale contribuent à leur désengagement. De plus, on remarque que les jeunes pères participent très peu aux soins à prodiguer à leur enfant. Enfin, les jeunes mères jugeant leur soutien financier, moral et domestique comme insuffisant se tourneront vers l'aide sociale pour subvenir à leurs besoins, ce qui contribue, selon certains auteurs, à détourner les pères de leurs responsabilités (J. Côté, 1996, R. Letendre, 1999).

En définitive, les jeunes pères semblent très peu encouragés à s'impliquer dans le processus de paternité, tant par leur famille que par celle de leur partenaire. Même si cette dernière espère son soutien et sa collaboration suite à la naissance du bébé, il est fort possible que les alternatives de support extérieur dont elle peut bénéficier telles que l'aide sociale ou le retour dans sa famille d'origine, contribuent au désengagement du jeune père envers sa partenaire et son enfant. Il semble donc que les jeunes pères auraient besoin d'être appuyés et encouragés davantage à s'impliquer dans le processus de paternité, autant lors de la phase prénatale qu'au moment de l'accouchement, ainsi que lors de la période postnatale (G. Fillion, 1984, L. Charbonneau, 1988).

2.5 L'ÉDUCATION SEXUELLE ET LA CONTRACEPTION

Plusieurs auteurs s'entendent pour affirmer qu'une éducation sexuelle adéquate constitue un moyen de prévention efficace des grossesses à l'adolescence. Ainsi, dans les études portant sur la connaissance des adolescents sur les moyens de prévention des grossesses et des maladies transmissibles sexuellement, les résultats démontrent que, généralement, les adolescents ont une bonne connaissance de ces sujets. Par exemple, une étude réalisée auprès d'élèves du 3^e au 5^e secondaire, de différentes écoles de la région de Lanaudière, indique que 91,6 % d'entre eux savent que l'oubli de prendre une ou des pilules contraceptives peut entraîner une grossesse lors d'une relation sexuelle non protégée avec pénétration. En ce qui a trait au condom, leurs connaissances sur son utilisation et son efficacité à prévenir la grossesse et les maladies transmissibles sexuellement dépassent les 90 % pour la moitié des énoncés portant sur ces sujets (C. Richard, 2000).

Lorsqu'il s'agit des conséquences de la grossesse à l'adolescence, 86,3 % des élèves interrogés savent que les mères adolescentes risquent beaucoup plus d'affronter des problèmes financiers comparativement aux mères plus âgées. À ce sujet, les garçons présentent une proportion de bonnes

réponses statistiquement plus élevée que les filles, soit 91,1 % contre 82 %. Par contre, seulement 14,3 % des élèves sont au courant que les bébés de mères adolescentes sont plus à risque de présenter des problèmes de santé que ceux nés de mères âgées de plus de 20 ans (C. Richard, 2000).

Par ailleurs, une étude portant à la fois sur les connaissances et les attitudes en matière de sexualité des élèves du 3^e au 5^e secondaire de la région de Chaudière-Appalaches démontre que malgré une bonne connaissance des moyens de prévention des grossesses et des MTS, ces jeunes présentent certaines lacunes concernant leur comportement préventif. Ainsi, entre 73 % et 77 % des jeunes déclarent utiliser le condom lors de leur première relation sexuelle alors, qu'en moyenne, 40 % continuent à se protéger lors des expériences sexuelles subséquentes. Les raisons invoquées pour remettre en question l'utilisation du condom se rapportent surtout au fait «[...] *d'interrompre la relation sexuelle, d'avoir l'impression que la relation est moins naturelle [...] et surtout le sentiment que l'utilisation du condom pourrait être interprétée comme un sentiment de non-confiance au partenaire [...]*» par au moins 64 % des étudiants (G. Vermette, A. Fafard, 1998). D'autres barrières telles que la difficulté d'acheter un condom et de convaincre le partenaire à l'utiliser s'ajoutent aux contraintes mentionnées précédemment par les élèves interrogés (G. Vermette, A. Fafard, 1998). Les résultats de cette étude sont semblables à ceux obtenus par J. Côté et N. Dubé (1998) dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine où 75 % des jeunes actifs sexuellement déclarent avoir utilisé le condom lors de leur première relation sexuelle avec pénétration et 54 % d'entre eux l'avaient également utilisé à leur dernière relation sexuelle. Ainsi, le pourcentage de jeunes qui utilisent le condom à toutes leurs relations diminue à 32 % de l'ensemble des élèves du secondaire interrogés.

D'autre part, les conclusions du rapport d'étude de L. Arcand et coll. (1998) portant sur l'évaluation du degré de mise en œuvre du volet *Éducation à la sexualité* du programme de Formation personnelle et sociale (FPS) dans les écoles secondaires lavalloises démontre, entre autres, que «[...] *le contenu prévu dans le volet Éducation à la sexualité n'est que partiellement livré et correspond à un niveau faible d'implantation, que l'approche préconisée dans le programme FPS n'est pas actualisée et que la planification de l'enseignement ne respecte pas la démarche proposée*». L'auteure ajoute que des consultations et des échanges auprès de personnes clés du milieu de l'éducation et des professeurs du programme FPS dans diverses régions de la province permettent de constater que les lacunes relevées dans les écoles de la région de Laval s'appliquent probablement aux autres écoles secondaires du Québec. Les recommandations tirées des résultats de cette évaluation portent, notamment, «[...] *sur l'implantation optimale, de la part du ministère de l'Éducation, du programme d'éducation à la sexualité en s'assurant que les enseignants possèdent les qualifications requises, [...] que ces derniers soient supportés dans la priorisation des contenus et le choix des situations d'apprentissage les plus*

appropriées pour les élèves». À cet égard, il est proposé que le réseau de la santé mette à profit son expérience et l'expertise développée en matière de santé sexuelle, particulièrement en prévention des MTS et du SIDA (L. Arcand et coll., 1998).

En résumé, les études portant sur la santé sexuelle des adolescents démontrent qu'il serait nécessaire de pallier à certaines lacunes en ce qui a trait à leurs connaissances, à leurs attitudes ainsi qu'aux méthodes et aux modalités d'apprentissage utilisées dans les écoles secondaires afin d'offrir une éducation à la sexualité visant l'adoption et le maintien de pratiques sexuelles sécuritaires dans une perspective de développement des compétences personnelles et sociales des adolescents.

En ce qui a trait aux moyens de contraception utilisés par les jeunes, la pilule contraceptive est davantage utilisée par les adolescentes qui ont une relation stable alors que les autres préfèrent le condom. Cependant, lors de la brisure de la liaison avec un partenaire régulier, bien des adolescentes cesseraient de prendre des anovulants. De plus, la pratique du coït interrompu serait assez répandue chez les jeunes et responsable de nombreuses grossesses indésirées (L. Charbonneau, 1989).

En ce qui concerne les autres méthodes contraceptives telles que les contraceptifs en injection (Depo-Provera®) et la pose d'implants, leur avantage réside surtout dans le fait qu'elles conviennent particulièrement aux femmes qui éprouvent de la difficulté à prendre des anovulants quotidiennement puisqu'il s'agit de contraceptifs à action prolongée. Ainsi, pour le Depo-Provera®, il suffit, pour un médecin, d'injecter le produit à raison de quatre fois par année (à toutes les 10 à 13 semaines environ). En ce qui a trait à la méthode des implants, il s'agit, pour le médecin, d'insérer six capsules sous la peau contenant une hormone féminine qui agit comme la progestérone produite naturellement par l'organisme de la femme. L'action de ce contraceptif est d'une durée de cinq ans et est réversible en tout temps.

En ce qui a trait à la contraception postcoïtale, elle serait encore très peu connue et sous-utilisée par les adolescentes. Selon un article publié dans le Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues canadiens (SOGC) en juillet 2000, le nombre de grossesses non désirées pourrait être réduit d'au moins 75 % à 85 % par l'utilisation de la pilule contraceptive postcoïtale d'urgence à condition que les mesures contraceptives soient prises moins de 72 heures après les rapports sexuels non protégés. Cette étude révèle de plus que *«[...] les femmes à qui on a donné une ordonnance à l'avance en font l'usage indiqué, c'est-à-dire, non pas comme un contraceptif habituel»*. Dans cet article, les auteurs précisent que *«[...] la contraception d'urgence peut réduire le nombre de grossesses non intentionnelles d'une manière sécuritaire et que les prestataires de soins génésiques devraient s'assurer que leurs patientes*

connaissent les mesures de contraception d'urgence existantes et en assurer l'accessibilité lorsque nécessaire comme pourrait le faire la pratique de prescrire ces contraceptifs pour anticiper le besoin».⁸

Enfin, il faut assumer que, parmi les contraceptifs offerts sur le marché, le seul moyen efficace pour la protection contre les maladies transmissibles sexuellement demeure l'utilisation du condom. Ainsi, la prévention des grossesses par une contraception efficace doit également prendre en compte cet aspect de la santé des adolescents.

⁸ Victoria DAVIS, md, Sheila DUNN, md et coll., *Contraception postcoïtale d'urgence*, Journal SOGC, juillet 2000, p. 553 à 559.

CHAPITRE III

***L'ampleur du phénomène
des grossesses à l'adolescence
sur la Côte-Nord***

CHAPITRE III

L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE DES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE SUR LA CÔTE-NORD

3.1 LA PROVENANCE DES DONNÉES

Les données statistiques proviennent de différentes sources. Celles utilisées pour le calcul du nombre d'avortements spontanés (fausse-couche) et d'avortements provoqués (interruption volontaire de grossesse (IVG)) sont tirées des fichiers des services médicaux rémunérés à l'acte par la *Régie de l'assurance-maladie du Québec* (RAMQ) ainsi que des CLSC et des établissements de santé. Le total provincial de ces événements provient du *Service en évaluation des programmes et statistiques de la RAMQ*. La totalisation selon l'âge et par région sociosanitaire de résidence a été produite par le *ministère de la Santé et des Services sociaux*. L'enregistrement des naissances vivantes et des mortinaissances est géré par *l'Institut de la statistique du Québec*. Enfin, les données populationnelles proviennent des estimations de population, par MRC, effectuées par Statistique Canada.

Les données populationnelles concernant spécifiquement la Côte-Nord proviennent du recensement de 1996 non corrigées pour le sous-dénombrement. Les données concernant les naissances vivantes proviennent de l'Institut de la statistique du Québec et ont été regroupées par communauté et par MRC par le service en connaissance, surveillance, recherche et évaluation de la Direction de la santé publique de la Côte-Nord.

3.2 LES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE SUR LA CÔTE-NORD ET AU QUÉBEC

Au Québec, en 1995, le taux de grossesses est évalué à 18,5 grossesses pour 1 000 adolescentes âgées de moins de 18 ans. De plus, le pourcentage d'adolescentes qui deviennent enceintes à chaque année est estimé à 2 % de l'ensemble des jeunes filles âgées de 13 à 17 ans. L'avortement provoqué représente l'issue la plus fréquente des grossesses chez les adolescentes de moins de 18 ans. Par exemple, de 1993 à 1995, près des deux tiers (65 %) des grossesses chez les femmes de ce groupe d'âge se sont terminées par une interruption volontaire de la grossesse (M. Rochon, 1997).

Les régions du Québec présentent des différences importantes dans la répartition du taux de grossesses à l'adolescence. Les données couvrant la période de 1993 à 1995 indiquent que, outre les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James qui présentent un taux de 64,6 grossesses pour 1 000 adolescentes âgées de moins de 18 ans, la région de Montréal-Centre se classe au premier rang avec un taux de 27,6 suivie de la Côte-Nord avec 25,5 grossesses pour 1 000 adolescentes (voir tableau 2).⁹

Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James affichent également le plus haut taux de fécondité, soit 48 naissances vivantes pour 1 000 adolescentes suivies de la Côte-Nord avec 13,7 et de l'Abitibi-Témiscaminque avec un taux de 10,4. Néanmoins, ces régions présentent les plus faibles pourcentages de recours à l'interruption volontaire de grossesse (entre 11 % et 46 %) alors que dans les régions centrales telles que Laval, Québec et Montréal-Centre, entre 71 % et 75 % des grossesses se terminent par un avortement provoqué.

En résumé, la Côte-Nord se démarque des autres régions du Québec. Mis à part les Territoires du Nord, la région nord-côtière se classe au deuxième rang pour le taux de grossesses chez les adolescentes âgées de 14 à 17 ans, au premier rang en ce qui a trait au taux de fécondité et au neuvième rang en ce qui concerne l'interruption volontaire de grossesse comparativement aux quinze autres régions sociosanitaires du Québec.

Le tableau de la page suivante présente la répartition des taux de grossesses à l'adolescence selon l'issue, par région et pour l'ensemble du Québec.

⁹ Madeleine ROCHON. Taux de grossesses à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995, régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge, Direction générale de la Planification et de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, page 15.

Tableau 2

Taux de grossesses pour 1 000 adolescentes âgées de 14 à 17 ans, selon l'issue, par région de résidence et au total du Québec pour la période de 1993 à 1995 (tri des données en ordre décroissant selon le taux de grossesses par région)

Région	Taux pour 1 000				
	Grossesse	Avortement provoqué	Avortement spontané	Naissance vivante	Mortalité-naissance
10-17-18 – Territoires du Nord	64,6	12,9	3,2	48,0	0,5
06 – Montréal-Centre	27,6	19,6	1,2	6,7	0,0
09 – Côte-Nord	25,5	10,1	0,5	13,7	0,1
07 – Outaouais	21,9	13,1	1,3	7,5	0,0
08 – Abitibi-Témiscamingue	21,2	9,7	1,2	10,4	0,0
05 – Estrie	19,4	11,7	0,9	6,8	0,0
15 – Laurentides	18,3	12,9	0,8	4,7	0,0
16 – Montérégie	18,3	11,9	1,7	4,7	0,0
14 – Lanaudière	17,4	11,3	1,0	5,0	0,0
13 – Laval	16,6	12,5	0,8	3,2	0,0
11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	16,4	9,8	0,7	5,8	0,0
04 – Mauricie-Bois-Francs	16,1	8,9	0,6	6,5	0,1
03 – Québec	13,5	9,7	0,7	3,1	0,0
02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean	13,0	8,6	0,8	3,6	0,0
12 – Chaudière-Appalaches	10,6	7,3	0,5	2,8	0,0
01 – Bas-Saint-Laurent	10,4	7,0	0,5	3,0	0,0
Total du Québec	19,1	12,4	1,1	5,6	0,0

Source : ROCHON, Madeleine. Taux de grossesses à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995, régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge, Service de la recherche, Direction générale de la Planification et de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.

Note : les territoires du Nord incluent le Nord-du-Québec (région # 10), le Nunavik (région # 17) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (région # 18).

3.3 LA RÉPARTITION DU TAUX DE FÉCONDITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES DE LA CÔTE-NORD SELON LEUR MILIEU D'ORIGINE

Sur la Côte-Nord, le taux de fécondité chez les jeunes filles âgées de moins de 18 ans varie selon la MRC. Ainsi, la région de la Caniapiscou affiche le plus haut taux de naissances vivantes de la Côte-Nord (31,6 pour 1 000), suivie de la Basse-Côte-Nord (29,7 pour 1 000) et de la Minganie (15,3 pour 1 000)

alors que la Haute-Côte-Nord obtient le taux de fécondité le plus bas avec 7,1 naissances vivantes pour 1 000 adolescentes (voir tableau 3).

Tableau 3
Nombre d'adolescentes âgées de 14 à 17 ans,
nombre et taux de naissances vivantes pour 1 000 adolescentes de ce groupe d'âge
selon la MRC de résidence, Côte-Nord, 2000

MRC	Adolescentes âgées de 14 à 17 ans	Nombre de naissances vivantes	Taux (pour 1 000)
Haute-Côte-Nord	395	3	7,1
Manicouagan	1 145	11	10,0
Sept-Rivières	1 125	14	12,4
Minganie	235	4	15,3
Basse-Côte-Nord	155	5	29,7
Caniapiscau	158	5	31,6
Région de la Côte-Nord	3 213	41	12,9

Source : Statistique Canada, Recensement 1996, données non corrigées pour le sous-dénombrement, le 19 novembre 1997, Ministère de la Santé et des Services sociaux : fichier des naissances vivantes.

Note : Le résultat du calcul des taux pour la région de la Côte-Nord diffère avec celui présenté dans les compilations statistiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (12,9 contre 13,7 : voir tableau 2). Cet écart provient du calcul des taux à partir de la population à l'étude qui était, pour le Ministère, les données postcensitaires de 1995 alors que celles utilisées pour le calcul des taux de fécondité pour la Côte-Nord proviennent du recensement de 1996.

Par contre, en répartissant le taux de fécondité selon l'origine ethnique, la Basse-Côte-Nord présente le plus haut taux de naissances vivantes (17,6) chez les adolescentes blanches suivie de la MRC des Sept-Rivières avec un taux de 10,3 pour 1 000 jeunes filles de ce groupe d'âge alors que la Caniapiscau ne présente aucune naissance vivante dans la population des adolescentes blanches âgées de 14 à 17 ans (voir tableau 4).

Pour les adolescentes autochtones, ce sont celles qui habitent dans les plus grandes communautés qui semblent présenter le plus faible taux de fécondité. Toutefois, le petit nombre de femmes de ce groupe d'âge et de naissances vivantes annuellement dans chacune des communautés ne permet pas d'affirmer qu'il existe un écart statistiquement significatif entre elles.

Le tableau suivant présente la répartition du nombre et du taux de naissances vivantes chez les adolescentes âgées de 14 à 17 ans selon leur MRC d'origine et leur ethnie.

Tableau 4

**Moyenne annuelle du nombre et du taux de naissances vivantes
parmi les femmes blanches et les femmes autochtones âgées de 14 à 17 ans
par MRC, pour la période de 1993 à 1997, Côte-Nord, 2000**

MRC	Nombre de femmes blanches âgées de 14 à 17 ans	Nombre de naissances vivantes	Taux pour 1 000	Nombre de femmes autochtones âgées de 14 à 17 ans	Nombre de naissances vivantes	Taux pour 1 000
Haute-Côte-Nord	385	3	7,3	10	0	0,0
Manicouagan	1 050	5	5,0	95	6	6,9
Sept-Rivières	1 070	11	10,3	55	3	3,5
Minganie	195	1	5,1	40	3	6,0
Basse-Côte-Nord	125	2	17,6	30	2	8,0
Caniapiscau	130	0	0,0	28	5	17,6
Région de la Côte-Nord	2 955	22	7,5	258	19	73,6

Source : Statistique Canada, Recensement 1996, données non corrigées pour le sous-dénombrement, le 19 novembre 1997, Ministère de la Santé et des Services sociaux : fichier des naissances vivantes.

En résumé, les données reliées à la maternité à l'adolescence démontrent que les communautés autochtones représentent un poids statistique important dans ces résultats. Ainsi, les jeunes filles autochtones comptent pour 8 % de la population des adolescentes âgées de 14 à 17 ans sur la Côte-Nord et sont responsables de 46,4 % des naissances vivantes enregistrées dans ce groupe d'âge alors que les adolescentes blanches, qui représentent 92 % des jeunes filles de ce même groupe, se partagent 53,6 % du nombre total de naissances vivantes. De plus, dans les communautés autochtones, 7,4 % des adolescentes risquent de devenir mères avant l'âge de 18 ans, comparativement à 0,8 % chez les adolescentes blanches.

Enfin, le taux de fécondité chez les adolescentes de la Côte-Nord demeure supérieur au reste de la province même lorsque les communautés autochtones sont exclues du calcul statistique (7,5 contre 5,6 pour le Québec). Pour ces dernières, il s'avère difficile de comparer le taux de fécondité des adolescentes autochtones de la Côte-Nord avec celles des Territoires du Nord-du-Québec puisque dans les statistiques provinciales, cette région inclut le Nord-du-Québec majoritairement occupé par des communautés blanches.

3.4 LA MATERNITÉ CHEZ LES FEMMES ÂGÉES DE 18 À 19 ANS SUR LA CÔTE-NORD

À la demande des membres du comité aviseur, les données statistiques concernant les grossesses et la maternité à l'adolescence chez le groupe de femmes âgées de 18 et 19 ans ont été analysées. Le tableau suivant présente la situation des jeunes femmes de la Côte-Nord par rapport aux autres régions de la province en ce qui a trait au taux de grossesses et leur issue pour 1 000 femmes de ce groupe d'âge.

Tableau 5
Taux de grossesses pour 1 000 femmes âgées de 18 à 19 ans,
selon l'issue, par région de résidence et au total du Québec,
pour la période de 1993 à 1995 (tri des données en ordre décroissant
selon le taux de grossesses par région)

Région	Taux pour 1 000				
	Grossesse	Avortement provoqué	Avortement spontané	Naissance vivante	Mortinatalité
10-17-18 – Territoires du Nord	196,8	30,3	3,3	163,2	0,0
06 – Montréal-Centre	92,5	50,5	5,0	36,8	0,1
08 – Abitibi-Témiscamingue	83,9	20,6	5,1	58,0	0,1
07 – Outaouais	82,5	37,3	5,6	39,4	0,2
09 – Côte-Nord	74,0	21,8	5,6	46,0	0,0
15 – Laurentides	73,6	31,8	4,0	37,7	0,1
05 – Estrie	68,3	29,2	2,8	36,0	0,2
14 – Lanaudière	65,4	31,3	4,8	29,1	0,2
16 – Montérégie	63,9	29,2	4,8	29,6	0,2
13 – Laval	62,9	36,8	3,8	22,1	0,2
04 – Mauricie-Bois-Francs	60,8	23,0	4,2	33,4	0,2
02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean	58,0	27,6	4,5	25,9	0,0
11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	55,6	21,0	3,1	31,3	0,2
03 – Québec	51,8	29,4	2,7	19,7	0,0
01 – Bas-Saint-Laurent	42,0	14,5	2,6	24,8	0,1
12 – Chaudière-Appalaches	38,0	18,5	2,8	16,6	0,2
Total du Québec	69,1	32,6	4,3	32,0	0,1

Source : ROCHON, Madeleine. Taux de grossesses à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995, régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge, Service de la recherche, Direction de la Planification et de l'Évaluation, Ministère de la Santé et de Services sociaux, 1997.

Note : les territoires du Nord incluent le Nord-du-Québec (région # 10), le Nunavik (région # 17) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (région # 18).

Ainsi, nous constatons que la Côte-Nord se situe au cinquième rang sur les 16 régions sociosanitaires du Québec quant au taux de grossesses, au douzième rang relativement à l'interruption volontaire de grossesse et au troisième rang en ce qui a trait aux naissances vivantes. Comme pour le groupe des adolescentes âgées de 14 à 17 ans, les jeunes femmes de la Côte-Nord âgées de 18 et 19 ans démontrent des taux supérieurs au reste de la province en ce qui concerne les grossesses et les naissances vivantes et un taux inférieur pour les avortements provoqués.

En répartissant les données relatives au taux de fécondité selon la MRC d'origine des mères, ce sont la Minganie et la Basse-Côte-Nord qui obtiennent les taux les plus élevés alors que la MRC de la Haute-Côte-Nord est au dernier rang avec un taux de 35 naissances vivantes pour 1 000 femmes âgées de 18 à 19 ans.

Tableau 6
Taux de naissances vivantes pour 1 000 femmes âgées de 18 à 19 ans
selon la MRC de résidence, Côte-Nord, 2000

MRC	Femmes âgées de 18 à 19 ans	Nombre de naissances vivantes	Taux (pour 1 000)
Haute-Côte-Nord	200	7	35,0
Manicouagan	580	21	36,2
Sept-Rivières	595	27	45,4
Minganie	105	8	76,2
Basse-Côte-Nord	85	6	70,6
Caniapiscou	70	4	57,1
Région de la Côte-Nord	1 635	73	44,6

Source : Statistique Canada, Recensement 1996, données non corrigées pour le sous-dénombrement, le 19 novembre 1997, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

De plus, en considérant la MRC de provenance et l'ethnie des jeunes mères de ce groupe d'âge, les données se modifient très peu chez les jeunes femmes blanches alors que pour les jeunes autochtones, ce sont celles habitant dans les MRC de la Caniapiscou et des Sept-Rivières qui obtiennent les plus hauts taux de fécondité.

Tableau 7

**Nombre et taux de naissances vivantes
 parmi les femmes blanches et les femmes autochtones
 âgées de 18 à 19 ans par MRC, pour la période de 1993 à 1997, Côte-Nord, 2000**

MRC	Nombre de femmes blanches âgées de 18 à 19 ans	Nombre de naissances vivantes	Taux pour 1 000	Nombre de femmes autochtones âgées de 18 à 19 ans	Nombre de naissances vivantes	Taux pour 1 000
Haute-Côte-Nord	195	7	35,9	5	0	0,0
Manicouagan	535	16	29,9	45	5	11,1
Sept-Rivières	570	23	40,4	25	4	16,0
Minganie	90	5	55,6	15	2	13,3
Basse-Côte-Nord	70	4	57,1	15	2	13,3
Caniapiscau	55	1	18,2	15	4	26,7
Région de la Côte-Nord	1 515	56	37,0	120	17	14,7

Source : Données populationnelles, Statistique Canada, Recensement 1996, données non corrigées pour le sous-dénombrement, le 19 novembre 1997, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

CHAPITRE IV

***État de situation
et perspective de prévention des
grossesses à l'adolescence
sur la Côte-Nord***

CHAPITRE 4

ÉTAT DE SITUATION ET PERSPECTIVE DE PRÉVENTION DES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE SUR LA CÔTE-NORD

Ce chapitre porte sur l'analyse du contenu des entrevues réalisées auprès des intervenants rencontrés dans le cadre de l'étude. Il traite de l'opinion de ces personnes relativement aux facteurs associés à la grossesse à l'adolescence sur la Côte-Nord, aux choix qui s'offrent aux jeunes filles quant à l'issue de la grossesse, aux conséquences associées à ces choix ainsi qu'aux services disponibles pour les jeunes mères et leurs enfants. Il est également question des moyens actuellement utilisés pour prévenir les grossesses à l'adolescence, du niveau de connaissance des adolescents sur les moyens de prévention et de l'implication des garçons en matière de contraception. Enfin, ce chapitre énonce les suggestions des répondants concernant les moyens de prévention à mettre en place pour diminuer le nombre de grossesses chez les adolescentes de la région.

4.1 LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE

Les intervenants rencontrés, dans les communautés blanches comme dans les communautés autochtones, estiment que, généralement, les adolescents sont encore habités de façon plus ou moins marquée par leur pensée magique. Ils sont ancrés dans le présent et leurs agissements sont souvent empreints d'insouciance et de spontanéité. Ils considèrent donc que le phénomène des grossesses à l'adolescence est relié en grande partie à ces caractéristiques plus présentes chez certains adolescents. Ils précisent également que la personnalité de la jeune fille, son sens des responsabilités, sa capacité à se projeter dans l'avenir ainsi que son degré d'estime de soi sont des facteurs qui agissent sur les risques de grossesse à l'adolescence.

Les intervenants ajoutent que, la plupart du temps, les adolescentes qui se retrouvent enceintes se sont montrées négligentes dans l'utilisation des contraceptifs et insouciantes dans leur comportement sexuel. Par exemple, il arrive assez fréquemment que des jeunes filles qui se présentent pour un test de grossesse déclarent qu'elles ont abandonné l'utilisation d'anovulants à cause des effets secondaires et n'ont pas pensé à revenir consulter.

Lorsqu'elles n'utilisent pas de contraceptifs ou n'ont pas encore fait les démarches pour s'en procurer, elles n'osent pas demander aux garçons d'utiliser le condom parce qu'elles sont gênées d'en discuter avec eux. D'autre part, lorsque les garçons refusent d'utiliser le condom, elles hésitent à imposer leur volonté de se protéger et se plient à leur désir.

De plus, dans les familles où la sexualité est un tabou, les jeunes filles craignent de se procurer des contraceptifs de peur de devoir affronter leurs parents si jamais ces derniers découvrent qu'elles en utilisent. À ce sujet, des intervenants ont spécifié que beaucoup de parents nient encore que leurs adolescents puissent être actifs sexuellement et par conséquent, ces derniers n'ont pas le support familial nécessaire pour discuter de contraception et pour les parents, ils ne peuvent s'assurer que leurs enfants se protègent adéquatement contre les MTS et la grossesse.

Enfin, certaines adolescentes sont embarrassées de consulter un médecin pour obtenir des contraceptifs en croyant qu'il portera un jugement de valeur. Selon plusieurs répondants, les jeunes filles introverties et renfermées sur elles-mêmes sont souvent plus à risque que les autres.

Par ailleurs, des intervenants ont aussi constaté que certaines jeunes filles n'ont pas les moyens financiers pour se payer des anovulants et ne connaissent pas nécessairement les ressources pour s'en procurer gratuitement.

Finalement, les personnes rencontrées estiment que le désir de grossesse existe chez certaines jeunes filles, mais que généralement cette situation est plutôt reliée à la négligence, à l'insouciance, à la pensée magique et à la notion abstraite que représente la fertilité pour les jeunes de ce groupe d'âge.

4.2 LA GROSSESSE ET SES ISSUES

Selon les répondants, les facteurs à l'origine du choix de l'adolescente d'interrompre ou de poursuivre sa grossesse sont reliés d'une part, à sa personnalité et, d'autre part, à l'influence de son entourage et de son milieu d'origine. Les valeurs transmises dans sa famille, son niveau socioéconomique et éducationnel ainsi que le support parental envisageable pour la poursuite de la grossesse comptent parmi les éléments qui influencent l'issue de la grossesse.

En ce qui a trait à l'influence du jeune père quant à l'issue de la grossesse, les répondants sont d'avis qu'il est très peu consulté à ce sujet. Bien que la jeune fille l'informe de son état, le garçon demeure dépendant de la décision qu'elle prendra. Il arrive que les adolescentes informent les intervenants que

leur *chum* est plutôt en faveur de l'avortement. Les répondants expliquent que les garçons sont souvent incapables d'apporter leur support et se sentent démunis devant la situation. Ainsi, lorsque la jeune fille décide de poursuivre sa grossesse, certains d'entre eux vont s'éclipser ou encore, l'adolescente décidera qu'elle ne veut plus entretenir de relation avec lui. D'autres garçons vont demeurer solidaires de l'adolescente jusqu'à l'accouchement, mais selon l'expérience des répondants, la plupart finissent par se désister dans les mois suivants. De plus, les intervenants rencontrés sont d'avis que contrairement à la famille de la jeune fille, celle du garçon a très peu d'influence sur la situation. Une infirmière a noté un seul cas où les grands-parents paternels s'impliquent depuis maintenant deux ans auprès de la jeune fille et de son enfant. Enfin, les répondants ajoutent que, culturellement et socialement, les garçons sont dégagés de leurs responsabilités lorsqu'il s'agit d'assumer leur paternité. Donc, si ils ne s'impliquent pas, c'est tout simplement parce que personne n'en voit vraiment la nécessité et que la grossesse et la maternité continuent d'être presque uniquement l'affaire des femmes.

4.2.1 L'interruption volontaire de grossesse (IVG)

Les personnes rencontrées constatent que les adolescentes qui décident d'interrompre leur grossesse présentent un profil différent de celles qui optent pour la poursuite de la grossesse. D'abord, ces jeunes filles ont d'autres priorités que la maternité. Elles veulent poursuivre leurs études, elles ont des projets de carrière et d'avenir. Ensuite, elles se sentent incapables de prendre un enfant en charge et incapables également de donner leur enfant en adoption. Elles sont plus sûres, leur estime de soi est plus élevée et même si cette décision n'est pas facile, elles sont généralement en mesure d'y faire face. De plus, leur milieu familial se montre généralement supportant envers elles.

En milieu autochtone, l'interruption volontaire de grossesse est moins fréquente chez les adolescentes. Ces dernières vont opter pour cette solution lorsqu'elles considèrent préférable de poursuivre leurs études ou encore, parce qu'elles viennent d'accoucher d'un premier enfant. Lorsque la jeune fille est très jeune (13 ou 14 ans), il arrive que les parents assument cette décision. Des intervenants ont également remarqué que l'interruption volontaire de grossesse est souvent reliée à l'incapacité de la famille de la jeune fille à prendre en charge un nouvel enfant. Par exemple, lorsque les grands-parents sont gardés et soignés par les parents ou que ces derniers sont malades, la jeune fille décidera alors d'aller vers l'avortement.

Par ailleurs, une intervenante a spécifié qu'il arrive que des jeunes filles choisissent l'IVG comme première option, mais dès qu'elles en parlent à leurs parents, ces derniers acceptent cette grossesse et la prise en charge de l'enfant. Par conséquent, les jeunes filles poursuivent leur grossesse.

En ce qui a trait au risque de séquelles psychologiques suite à l'interruption volontaire de grossesse, les intervenants rencontrés estiment qu'elles peuvent être plus ou moins présentes dépendant du caractère de la jeune fille, de sa capacité à assumer cette décision, du support qu'elle obtient de sa famille et de ses proches. Des répondants ont spécifié qu'idéalement, la jeune fille devrait prendre le temps de bien réfléchir à la situation et se permettre une période de doute pour être en mesure de prendre la bonne décision. Toutefois, certaines se présentent tellement tard pour demander l'avortement (à 10 ou 11 semaines de grossesse) que les intervenants doivent les presser à prendre cette décision. Malgré tout, les personnes rencontrées soulignent que si l'entourage de la jeune fille est adéquat, qu'il répond aux besoins de cette dernière, si on lui permet de vivre la peine et la détresse qu'elle peut ressentir dans les mois suivants et que les jugements de valeur sont évités, elle risque de bien s'en sortir.

4.2.2 La poursuite de la grossesse

Selon les intervenants rencontrés, les principaux facteurs qui influencent la poursuite de la grossesse sont d'ordre socioéconomique, culturel et intergénérationnel. Plus spécifiquement, ils constatent dans leur pratique que la majorité des adolescentes qui poursuivent leur grossesse proviennent de milieux socioéconomiques défavorisés. Selon eux, la pauvreté, le faible niveau de scolarité et l'isolement sont des facteurs de risque importants dans le phénomène de la maternité à l'adolescence. Ils ajoutent que la culture familiale et le milieu de provenance ont un impact sur le fait d'avoir très jeune des enfants. Ainsi, les petits milieux isolés offrent très peu de perspectives d'avenir aux jeunes et leurs aspirations se tournent vers la famille et les enfants. La maternité est perçue comme une façon de se rendre utile, d'accéder à un statut social et un moyen de passer à l'âge adulte en termes d'autonomie et d'émancipation de sa famille d'origine.

Parmi les répondants, plusieurs ont aussi constaté la présence d'un facteur intergénérationnel lié à la maternité à l'adolescence. Par exemple, des intervenants en milieu communautaire remarquent qu'ils reçoivent maintenant des adolescentes dont les mères ont aussi bénéficié de leur service au même âge. Ces dernières ne s'expliquent pas le comportement de leur fille, elles n'ont pas souhaité les voir reproduire la même situation qu'elles à cet âge et ne comprennent pas ce qui peut expliquer cet événement.

Par ailleurs, les répondants sont d'avis que les jeunes filles provenant de familles présentant des dysfonctions telles que la violence et la toxicomanie et dans lesquelles l'encadrement parental est déficient sont plus à risque que les autres de devenir mères à l'adolescence.

En ce qui a trait au profil des adolescentes qui poursuivent leur grossesse, les intervenants rencontrés ont fait remarquer que souvent les adolescentes qui se retrouvent enceintes n'ont pas nécessairement souhaité cette grossesse, mais n'ont pas pris non plus les moyens nécessaires pour l'éviter. De plus, la décision de poursuivre leur grossesse peut se prendre très rapidement.

Pour certaines, l'avortement va à l'encontre de leurs valeurs morales ainsi que de celles de leur famille. Les intervenants estiment que cette raison est parfois invoquée parce que leur décision de devenir mère est déjà bien arrêtée. Cette raison est acceptable et justifie la poursuite de leur grossesse.

Pour d'autres, la maternité peut traduire un désir d'émancipation de la famille d'origine. Elles recevront un chèque de la sécurité du revenu et croient qu'elles se débrouilleront fort bien. La maternité leur procure une valorisation personnelle et sociale, elles accèdent au statut d'adulte et se donnent ainsi plus d'importance. Pour certaines jeunes filles, la maternité devient une ambition de réussir quelque chose de bien et leur discours reflète un vide affectif. Elles expliquent qu'elles élèveront leur enfant différemment de leur propre mère, qu'elles seront plus adéquates et qu'elles vont aimer leur enfant plus que elles-mêmes ont reçu d'amour de la part de leurs parents. Ces adolescentes n'ont habituellement aucune perspective d'avenir et, en ce sens, le bébé ne contrecarre aucun projet et devient même un prétexte pour abandonner l'école. Enfin, l'enfant peut servir à combler une carence affective chez ces adolescentes. Par exemple, des répondants ont souligné que ces jeunes mères avouent souvent que pour elles, ce bébé devient l'occasion d'avoir quelqu'un à aimer et qui les aimera inconditionnellement.

Dans les communautés autochtones, la majorité des adolescentes poursuivent leur grossesse et vont continuer de vivre, avec leur enfant, dans leur famille d'origine. Les facteurs qui influencent la décision de poursuivre la grossesse sont semblables à ceux évoqués pour les jeunes filles blanches : les valeurs familiales et sociales, le faible niveau de scolarité et les perspectives d'avenir limitées sont des aspects qui contribuent à maintenir un taux élevé de maternité chez les adolescentes. De même, les jeunes filles qui décident de poursuivre leur grossesse perçoivent la maternité comme une façon de donner un but à leur vie et de se valoriser.

4.3 LES CONSÉQUENCES DE LA MATERNITÉ À L'ADOLESCENCE

Selon la majorité des répondants, la maternité à l'adolescence risque d'engendrer la pauvreté, l'accès à des emplois précaires ou la dépendance à l'aide sociale parce que la majorité de ces jeunes filles sont sous scolarisées. Elles abandonnent souvent leurs études lorsqu'elles deviennent enceintes et ont

beaucoup de difficultés à y retourner suite à la naissance du bébé. D'ailleurs, les répondants provenant du milieu communautaire ont remarqué que, généralement, les adolescentes qui continuent l'école en étant enceintes poursuivent par la suite alors que celles qui arrêtent dès les premiers mois de leur grossesse auraient, de toute façon, abandonné leurs études. Selon ces répondants, la grossesse devient alors un prétexte pour cesser d'aller à l'école.

La maternité à l'adolescence comporte également des risques pour l'enfant. D'abord, des répondants ont souligné que les adolescentes sont plus susceptibles que les femmes plus âgées de donner naissance à des bébés de petit poids, ce qui peut compromettre la santé de ces derniers. En conséquence, ils demandent plus de soins et risquent de pleurer beaucoup plus que d'autres. La mère devient vite fatiguée, a très peu de répit et l'attachement parental peut être mis en péril. À ce sujet, des infirmières ont tendance à croire que ce sont des bébés moins faciles et un peu plus malades. Ensuite, en département de pédiatrie, des intervenants ont remarqué que ces enfants sont hospitalisés plus souvent, les jeunes mères semblent avoir de la difficulté à s'en occuper adéquatement et consultent plus souvent.

Des intervenants sociaux croient que les enfants des jeunes mères sont à risque, plus que les autres, de présenter des problèmes de développement par manque de stimulation. Ils sont également plus en danger de négligence en grandissant. Le stress engendré par sa situation sociale et économique (monoparentalité, isolement social, ressources financières limitées) se répercute sur les soins et l'attention qu'elle devrait prodiguer à son enfant. Des intervenants psychosociaux en CLSC ont remarqué que souvent, ces enfants sont plus agités que les autres. Ils les accueillent à leurs bureaux lorsqu'ils sont âgés de 3 ou 4 ans en raison de la difficulté de la mère à leur donner un encadrement adéquat. Ils expliquent que même si les mères habitaient chez leurs parents lorsque l'enfant était plus jeune, elles sont maintenant en appartement, seules et à bout de souffle. Elles ont des problèmes financiers, elles sont pauvres et n'ont pas les conditions nécessaires pour se consacrer à leurs enfants, en plus de ne pas savoir comment s'y prendre avec ces derniers. Les enfants présentent alors des carences dans leurs comportements.

Par ailleurs, d'autres intervenants sont d'avis que les risques pour l'enfant ne sont pas entièrement associés à l'âge de la mère, mais plutôt à son milieu familial et social d'origine. Si la mère provient d'une famille dysfonctionnelle, peu importe son âge, l'enfant sera à risque de carences, de négligence ou d'abus.

En milieu autochtone, l'impact de la maternité à l'adolescence sur la poursuite des études est d'une autre nature. Bien que plusieurs jeunes filles ne voient pas l'utilité de poursuivre leurs études à cause du peu d'emplois disponibles dans les communautés, celles qui décident de terminer leur secondaire peuvent compter sur leurs parents pour prendre soin de l'enfant lorsqu'elles sont à l'école. Par contre, elles hésitent à laisser leur bébé pour poursuivre leurs études à l'extérieur de la réserve. De plus, lorsque la mère de l'adolescente a déjà d'autres enfants, elle ne laissera pas cette dernière partir facilement car elle a besoin de son aide à la maison.

En ce qui a trait à l'éducation des enfants, les grands-mères sont très significatives et participent à l'éducation des enfants, que ces derniers soient nés d'une mère adulte ou adolescente. D'ailleurs, il est arrivé que des intervenants sociaux rencontrent des adolescents marqués très profondément par la disparition de leur grand-mère et qui vivaient difficilement la période de deuil. Ces intervenants se sont rendu compte que le lien affectif entre la grand-mère et ses petits enfants est très fort. Leur grand-mère est une personne en qui ils ont énormément confiance, qui les a souvent gardés auprès d'elle lorsqu'ils étaient petits même si ils habitaient dans une autre maison avec leur mère. Ainsi, il est difficile de transposer en milieu autochtone les risques encourus par les enfants des jeunes mères blanches en ce qui a trait à l'isolement et aux difficultés associées à la prise en charge complète de l'enfant, puisque souvent ce dernier est également pris en charge par la famille élargie.

Par contre, des intervenants d'origine autochtone ont spécifié que même si les grands-mères semblent souvent prêtes à aider leur fille à prendre soin de leur enfant, il n'en demeure pas moins que leur discours devant les autres membres de la communauté et devant les intervenants ne reflète pas la réalité. Lorsqu'on réussit à connaître le fond de leur pensée, on se rend compte qu'elles ne souhaitaient pas que leur fille devienne enceinte au moins avant l'âge de 18 ans. Selon ces répondants, ils ne connaissent aucune grand-mère dans la réserve qui se réjouisse de cette situation.

4.4 LES SERVICES OFFERTS AUX ADOLESCENTES ENCEINTES ET AUX JEUNES MÈRES

4.4.1 Les services en interruption volontaire de grossesse (IVG) sur la Côte-Nord

En ce qui a trait à la connaissance des services d'interruption volontaire de grossesse, l'ensemble des répondants considèrent que les jeunes blanches et les jeunes autochtones de la Côte-Nord sont suffisamment informées de la possibilité d'obtenir des services. Certains d'entre eux ont spécifié que les adolescentes ignorent sans doute les procédures liées à une telle intervention, mais savent qu'elles peuvent s'adresser au CLSC, au dispensaire ou à l'infirmière en milieu scolaire. Lorsqu'elles ignorent la porte d'entrée de ce service, elles se présentent à l'urgence de l'hôpital où on les informe des coordonnées des ressources à contacter. De plus, lorsqu'elles consultent pour un test de grossesse, les médecins et les infirmières discutent avec elles de la possibilité de recourir à ce service.

Par contre, les intervenants de la santé constatent que les adolescentes ont tendance à attendre trop longtemps avant de consulter et il arrive qu'il soit trop tard pour procéder à l'intervention¹⁰. Ils spécifient qu'ils doivent parfois les presser à prendre leur décision ce qui peut entraîner soit un désistement de leur part ou une prise de décision trop précipitée en faveur de l'avortement. Ils précisent qu'idéalement, elles devraient prendre le temps de bien réfléchir, d'en discuter avec leurs parents ou leurs proches pour être en mesure de prendre une décision éclairée quant aux conséquences d'un tel événement. Les personnes rencontrées ajoutent qu'il faudrait s'assurer que, dans les écoles, l'information soit toujours disponible, accessible et complète au sujet des services en IVG ainsi que les conditions prévalant pour une telle intervention.

En ce qui a trait à la confidentialité entourant les services en IVG, la majorité des répondants sont d'avis que ces services fonctionnent relativement bien. Par contre, dans les petites communautés, il faut resserrer les critères de confidentialité puisque les gens se connaissent tous et que le personnel de l'hôpital est, la plupart du temps, originaire de l'endroit. De plus, l'éloignement des petites communautés, en périphérie de Baie-Comeau et de Sept-Îles où se pratiquent les IVG, peut être un handicap à la confidentialité. Il faut que les jeunes filles se déplacent et il arrive qu'elles rencontrent des difficultés à organiser leur transport. De plus, elles doivent s'absenter de l'école et les infirmières ont parfois à faire preuve d'imagination pour éviter que les enseignants et les élèves soient inquiétés par l'absence des jeunes filles.

¹⁰ Aux centres hospitaliers régionaux de Sept-Îles et de Baie-Comeau, les interruptions volontaires de grossesse se pratiquent lorsque la durée de la grossesse est de 12 semaines et moins. Dépassé cette limite, les femmes doivent notamment se rendre à Québec pour avoir accès à ce service.

Par ailleurs, certaines personnes sont d'avis qu'au Centre hospitalier régional Baie-Comeau, l'organisation des lieux physiques de la clinique est inadéquate pour recevoir les femmes qui se présentent pour un IVG. Ces dernières doivent côtoyer d'autres femmes enceintes qui fréquentent la clinique GARE (grossesse à risque élevé). Selon ces répondants, cette situation peut être confrontante pour les femmes qui ont à subir un avortement.

En ce qui a trait au support psychologique disponible, le personnel impliqué dans l'organisation des services en IVG prévoit au moins deux rencontres avant l'intervention et une après. Si le médecin émet des doutes sur l'état psychologique de la jeune fille, il informe cette dernière des services offerts au CLSC en matière de support à obtenir pour lui permettre de mieux gérer cette situation. D'après les personnes rencontrées, très peu d'adolescentes se prévalent des services post-IVG. Elles croient que sur le moment, les jeunes filles ne voient pas l'utilité de consulter. Il n'en demeure pas moins que ces répondants considèrent que les adolescentes devraient davantage être incitées à utiliser les services d'aide pour surmonter cet événement.

4.4.2 Le suivi prénatal

Selon les médecins qui effectuent des suivis de grossesse, les adolescentes ont tendance à débiter leur série de visites chez le médecin plus tard que les autres femmes et quelques-unes n'ont aucun suivi de grossesse.

Suite à la première visite, les médecins remarquent que certaines vont suivre leurs recommandations de façon très consciencieuse alors que d'autres ont besoin d'un suivi plus serré et qu'il faut même les accommoder dans la prise de rendez-vous pour s'assurer qu'elles vont se présenter au bureau ou à la clinique.

Les médecins spécifient que, malgré leurs recommandations et l'implication de la diététiste auprès des adolescentes, elles continuent à fumer tout au long de leur grossesse et éprouvent de la difficulté à bien s'alimenter.

En milieu autochtone, les médecins constatent que parfois, la consommation de cigarettes et de drogues est moins problématique chez les jeunes âgés de moins de 18 ans. À la première grossesse, les adolescentes, surtout les plus jeunes de 13 et 14 ans, sont plutôt fidèles à leur rendez-vous et suivent assez bien les consignes. Par contre, d'autres se présentent à leur rendez-vous à condition seulement que l'infirmière leur rappellent, la journée même, qu'elles ont une visite chez le médecin.

Enfin, des médecins pratiquant à Baie-Comeau, Forestville et Betsiamites constatent que l'Avis de grossesse¹¹ permet un suivi plus précoce de la part du CLSC et plus particulièrement de l'équipe du programme OLO (programme de nutrition Oeufs, Lait, Oranges).

Outre le suivi médical, le support prénatal est habituellement effectué par les infirmières du programme OLO. Ces dernières entrent en contact de façon systématique avec les adolescentes enceintes et tentent de maintenir des liens réguliers avec ces dernières. Celles qui habitent chez leurs parents n'ont pas toujours besoin des suppléments alimentaires, mais les infirmières les rencontrent tout au long de leur grossesse afin de surveiller leur santé physique et de les préparer à la venue du bébé.

En ce qui a trait aux cours prénatals, les CLSC de Sept-Îles et de Baie-Comeau offrent des séances s'adressant spécifiquement aux jeunes mères. Par exemple, à Baie-Comeau, le programme *Jeunes parents* consiste à adapter les rencontres prénatales aux parents âgés de moins de 20 ans. En périphérie, les infirmières rencontrent les jeunes filles individuellement car elles ne sont pas suffisamment nombreuses pour les regrouper. De plus, les infirmières ne tiennent pas à les intégrer au cours régulier. À ce sujet, elles expliquent que les jeunes filles ne vivent pas les mêmes préoccupations que les femmes plus âgées, leur réalité est différente et elles risqueraient d'abandonner le cours dès les premières séances.

Enfin, les intervenants des organismes communautaires dont la mission est de soutenir les jeunes mères précisent que les contacts qu'elles établissent à l'intérieur de l'organisme leur permettent de connaître les ressources communautaires disponibles et de se créer un réseau d'amies qui s'avérera très supportant en période postnatale.

Dans les communautés autochtones, les cours prénatals sont offerts en rencontres individuelles avec les infirmières. L'une d'entre elles a spécifié qu'elle a déjà tenté de former des groupes, mais très peu de femmes se présentaient aux rencontres. D'ailleurs, certaines infirmières ont constaté que les jeunes filles se fient à leur mère qui souvent a donné naissance à plusieurs enfants. Il arrive également que cette dernière considère que les cours prénatals ne sont pas nécessaires. Toutefois, une infirmière a raconté qu'à l'époque où il y avait une sage-femme sur la réserve, sa collaboration s'avérait très précieuse pour préparer les jeunes filles à l'accouchement.

¹¹ Avis de grossesse : ce formulaire est complété par la cliente et aussi à partir de l'observation et des renseignements recueillis par le médecin lors de la première visite médicale. Ce formulaire renferme des informations permettant de cerner plus précocement les besoins d'aide particuliers de certaines mères et de rejoindre en priorité celles qui présentent des caractéristiques biopsychosociales défavorables à l'adaptation périnatale ou potentiellement à risque de le devenir.

4.4.3 Le suivi postnatal

Le suivi postnatal est actualisé de façon différente dépendant des programmes implantés dans les CLSC et de la présence ou de l'absence d'organismes communautaires impliqués auprès des jeunes mères et de leurs enfants. Par contre, les équipes OLO ou les infirmières affectées au programme en périnatalité continuent de suivre la jeune mère et son bébé par des visites à domicile et lors de la vaccination. Certains CLSC, en collaboration avec des organismes communautaires, offrent du support aux jeunes mères dans le cadre du programme PACE¹⁹ (programme d'aide communautaire à l'enfance). Par exemple, les enfants ont accès à des ateliers de stimulation et l'intervenant psychosocial du CLSC demeure disponible pour un suivi plus serré. Selon les intervenants rencontrés, ce support est essentiel au développement des habiletés parentales des jeunes mères. Ces dernières ont besoin d'être encadrées à chaque étape de la croissance de leurs enfants afin d'apprendre à bien les alimenter et à intervenir adéquatement à chaque phase de leur développement psychomoteur. Selon les intervenants rencontrés, ces programmes constituent un filet de sécurité important pour la santé et le bien-être de ces enfants tout en permettant aux jeunes mères de briser leur isolement, d'acquérir des connaissances et de s'entraider mutuellement. Par ailleurs, à certains endroits, les jeunes mères ont un service de transport pour se rendre à l'organisme alors qu'ailleurs, elles doivent s'y rendre par leur propre moyen, ce qui constitue une difficulté pour celles qui sont dépendantes du bon vouloir de leur entourage pour leurs déplacements.

Dans les communautés autochtones, les jeunes filles et leur bébé sont la plupart du temps pris en charge par leur famille et les grands-mères s'impliquent dans l'éducation de leur fille pour les soins à prodiguer au bébé. Dans ce contexte, le suivi postnatal des infirmières s'effectue de la même manière et au même rythme que pour les mères plus âgées. De plus, les médecins voient les enfants et leur mère de façon régulière. À ce sujet, les intervenants en milieu autochtone spécifient que l'accès aux soins de santé de première ligne est souvent plus facile dans les communautés autochtones que dans les communautés blanches.

¹⁹ Le programme d'aide communautaire à l'enfance (PACE) s'adresse aux mères adolescentes et à celles vivant en milieux défavorisés. Ses objectifs visent à supporter les jeunes mères en période pré et postnatale afin d'améliorer leurs compétences parentales et les soutenir dans l'éducation adéquate de leurs enfants.

4.4.4 Les difficultés reliées à la poursuite des études des mères adolescentes

Selon l'expérience des répondants, la majorité des adolescentes qui décident de poursuivre leur grossesse quittent l'école dès les premiers mois de leur grossesse. Elles utilisent ce prétexte pour abandonner leurs études parce que souvent leurs résultats scolaires sont très peu satisfaisants, elles n'ont plus d'intérêt à fréquenter l'école et ne voient pas l'utilité d'obtenir leur diplôme d'études secondaires. Certaines d'entre elles prévoient retourner sur les bancs d'école lorsqu'elles auront accouché, mais les personnes rencontrées constatent que très peu d'entre elles trouvent le courage de s'occuper à la fois du bébé et de recommencer à étudier. De plus, très peu de services sont disponibles pour accommoder les jeunes mères qui désireraient retourner en classe. Les répondants spécifient que ces jeunes femmes sont souvent démunies, qu'elles n'ont pas de moyen de transport pour conduire leur enfant à la garderie et leur permettre ensuite de se rendre à l'école. Ils ajoutent que celles qui continuent l'école sont, la plupart du temps, soutenues par leur milieu familial et déjà motivées, avant de devenir enceinte, à poursuivre leurs études souvent même au-delà du secondaire.

4.4.5 Les besoins à combler pour supporter les jeunes mères et leurs enfants

Selon les répondants des secteurs périphériques, les infirmières étant appelées à effectuer plusieurs tâches, il leur est difficile de consacrer tout le temps nécessaire au suivi des jeunes mères.

Dans ces secteurs, il serait souhaitable, de l'avis des répondants, de mettre en place des cliniques de rencontres afin que les jeunes mères de moins de 25 ans puissent échanger sur les difficultés qu'elles rencontrent au sujet de l'éducation de leurs enfants et qu'une intervenante de la santé puisse effectuer un suivi et offrir un support sur demande.

Plusieurs intervenants ont signalé qu'il serait nécessaire d'ajouter des intervenants psychosociaux en suivi postnatal surtout pour combler certains besoins d'ordre psychosocial, autant pour la jeune mère que pour son enfant. Ces répondants considèrent qu'à l'heure actuelle, leur disponibilité est insuffisante.

Dans le même ordre d'idée, des personnes sont d'avis que les intervenants psychosociaux en CLSC pourraient accentuer leur présence auprès des jeunes mères dès le début des interventions avec les infirmières du programme OLO, en période prénatale. Selon elles, un travail d'équipe plus soutenu et un suivi conjoint, en alternant les visites, permettraient à la jeune fille d'établir un lien de confiance avec les deux intervenantes.

4.5 LES MOYENS UTILISÉS ACTUELLEMENT POUR PRÉVENIR LES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE SUR LA CÔTE-NORD

En milieu scolaire, l'éducation à la sexualité est offerte dès le primaire, en 6^e année, ainsi qu'aux élèves du secondaire. Pour ces derniers, ce sont généralement les enseignants du programme de Formation personnelle et sociale (FPS) qui sont chargés de transmettre l'information à partir du volet *Éducation à la sexualité* contenu dans ce programme.

Certaines écoles secondaires font appel à l'infirmière en milieu scolaire pour aborder des thèmes tels que la contraception et la protection contre les maladies transmissibles sexuellement. Par contre, dans d'autres écoles, le rôle de l'infirmière se limite à fournir du matériel à l'enseignant concernant ces sujets.

De façon plus spécifique, les cliniques jeunesse implantées dans les écoles secondaires permettent d'effectuer un travail de prévention des grossesses et de protection contre les MTS. Selon les infirmières et les médecins qui y sont affectés, cette clinique permet de rejoindre une clientèle de jeunes qui auraient sans doute tardé à consulter et à adopter des comportements préventifs. Ces intervenants sont en mesure de vérifier les connaissances des adolescents, de leur faire prendre conscience des dangers des MTS sur leur santé et de l'importance de se protéger adéquatement. Ils précisent également que ce sont surtout les jeunes filles qui se présentent à cette clinique pour s'informer des méthodes contraceptives ou se procurer des anovulants. De plus, dans la plupart des cliniques jeunesse en milieu scolaire, les adolescentes ont accès à la pilule du lendemain.

Un répondant a rapporté que depuis trois ans, un projet de prévention des grossesses à l'adolescence a été initié avec l'infirmière en milieu scolaire et une intervenante psychosociale. Il s'agit de faire prendre conscience aux jeunes des coûts associés à la venue d'un premier enfant. Les élèves sont divisés en équipe de quatre personnes et, à l'aide d'un catalogue, ils doivent simuler l'achat de tous les biens nécessaires au bien-être d'un enfant (ameublement, literie, vêtements, etc.) pour une période de un an. Le répondant précise que, suite à cet exercice, les commentaires des garçons et des filles reflètent une prise de conscience importante quant à l'investissement de leurs propres parents à leur égard ainsi qu'une vision plus réaliste des coûts engendrés par la prise en charge d'un enfant. De plus, depuis la présentation de ce projet, aucune grossesse n'est survenue chez les groupes de jeunes qui ont participé à ce projet.

Enfin, la présentation du programme VIRAJ (Violence dans les relations amoureuses chez les jeunes) aux élèves du secondaire permet de conscientiser les jeunes à différents aspects touchant les comportements sexuels et les attitudes adéquates dans les relations amoureuses.

Outre le milieu scolaire, quelques organismes communautaires offrent des sessions d'éducation à la sexualité et de l'information reliée à la contraception. Par exemple, en centre de femmes, des ateliers sur les habiletés parentales, la sexualité et la contraception sont offerts aux jeunes mères. Avec les femmes dont les enfants sont à la période de l'adolescence, il s'agit surtout de leur transmettre des façons d'aborder ce sujet avec leurs jeunes.

Par ailleurs, les intervenants psychosociaux affectés au service Famille-Jeunesse en CLSC abordent la contraception et la protection de façon plus particulière avec les adolescentes qui présentent des facteurs de risque tels que des troubles de comportement, des problèmes de consommation, des difficultés à respecter l'autorité parentale et qui fréquentent des gangs.

Les médecins rencontrés dans le cadre de cette étude ont spécifié que la contraception est abordée avec leurs jeunes clientes au début de l'adolescence. De plus, dès qu'elles sont actives sexuellement, les médecins se renseignent sur la méthode contraceptive utilisée, les informent des autres moyens disponibles, de l'importance du suivi médical afin de réviser, s'il y a lieu, la méthode adoptée. De plus, il arrive parfois que les mères demandent au médecin d'aborder le sujet avec leur adolescente. En outre, avec les jeunes mères, la question de la contraception est systématiquement abordée lors de la première visite postnatale. À ce sujet, les infirmières affectées au suivi postnatal s'informent également des moyens contraceptifs que les jeunes mères ont l'intention d'utiliser afin de prévenir une seconde grossesse et discutent avec elles de l'importance de bien suivre la méthode contraceptive choisie.

Enfin, une infirmière a spécifié que la ligne Info-Santé permet aux jeunes de demander de l'information et des références quant aux moyens de contraception.

En ce qui a trait à l'éducation à la sexualité dans les écoles en milieu autochtone, certaines infirmières s'occupent à chaque année de rencontrer les élèves à partir de la 6^e année au primaire et à chaque degré du secondaire. Par contre, d'autres infirmières déclarent que d'une année à l'autre leur disponibilité peut être réduite ou augmentée pour rencontrer les élèves, dépendant des autres tâches qu'elles ont à accomplir au centre de santé.

Une infirmière précise que dans sa communauté, l'information en milieu scolaire est fortement encouragée par la direction de l'école et par les parents. Donc, la sexualité est abordée autant dans les cours de biologie, de FPS et de religion. À chaque année, l'infirmière s'intègre dans le cours de FPS pour transmettre de l'information complémentaire au contenu de ce programme. Elle ajoute que la préparation des cours demande du temps et des énergies ainsi qu'une certaine volonté pour intégrer la prévention à travers le travail régulier.

Par contre, dans d'autres communautés, l'éducation à la sexualité doit se faire de manière plus prudente parce que des résidents ainsi que les instances religieuses n'apprécient guère la diffusion de certaines informations surtout en ce qui a trait à l'interruption volontaire de grossesse.

Par ailleurs, lorsque les jeunes filles se présentent au centre de santé pour obtenir des anovulants, les médecins les sensibilisent à la nécessité d'utiliser le condom afin, d'une part, de prévenir les MTS et, d'autre part, qu'elles soient protégées contre une éventuelle grossesse. En effet, beaucoup de jeunes filles ont tendance à négliger de prendre leurs anovulants sur des périodes de plusieurs jours. C'est pour cette raison que les médecins leur suggèrent d'autres formes de contraceptifs tels que le Depo-Provera® et l'installation d'implants et qu'ils insistent sur l'utilisation du condom. Certains médecins distribuent également la pilule du lendemain aux jeunes filles pour s'assurer qu'elles en ont au moins une sous la main au cas où elles auraient une relation sexuelle non protégée. Les médecins précisent qu'ils doivent être proactifs avec les jeunes filles parce que certaines ont plusieurs partenaires sexuels et qu'elles ont des relations sexuelles très tôt, souvent vers l'âge de 13 ou 14 ans. Les médecins et les infirmières ajoutent que, malgré leurs efforts, les adolescents ne se protègent pas suffisamment contre les maladies transmissibles sexuellement.

Enfin, dans les communautés où sont implantées des maisons des jeunes, l'infirmière est utilisée comme personne ressource afin de transmettre de l'information et de fournir de la documentation sur le sujet.

4.6 LES CONNAISSANCES DES ADOLESCENTS SUR LES DIFFÉRENTS ASPECTS TOUCHANT LA SEXUALITÉ

Selon les intervenants rencontrés, les adolescents sont inondés d'information au sujet de la sexualité. Ils ont accès à des cours dans les écoles, les campagnes de publicité les informent sur les moyens de protection contre les MTS et les grossesses et ils peuvent facilement obtenir de la documentation sur le sujet. Ils connaissent également les ressources offertes par les CLSC, les dispensaires et les infirmières en milieu scolaire. Alors, l'ignorance au sujet de la protection contre les MTS et la prévention des

grossesses n'est certainement pas le fait d'absence d'information. Et puisque leurs attitudes témoignent d'une certaine négligence en matière de sexualité, il serait facile de conclure que l'information actuellement véhiculée joue très peu sur l'acquisition de connaissances des adolescents au regard de la protection et de la prévention. Les répondants ajoutent qu'il faut également considérer que les jeunes ont des attitudes propres à l'adolescence, c'est-à-dire que malgré leurs connaissances, ils prennent des risques, sont quelque peu naïfs et inconscients de leur fertilité et certaines jeunes filles sont encore très peu sensibilisées quant à l'implication et aux conséquences de la maternité à l'adolescence. De plus, ils sont en plein apprentissage à ce niveau. Ils ne sont pas encore très à l'aise avec leur corps et avec la sexualité en général. Donc, lors d'une relation sexuelle, ils ont du mal à utiliser le condom et ils éprouvent de la gêne à discuter de sexualité avec leur partenaire.

Enfin, des infirmières ont fait remarquer qu'elles sont toujours étonnées de constater que bien des jeunes filles ne connaissent pas la pilule du lendemain, ne savent pas qu'il existe d'autres moyens de contraception que les anovulants et connaissent très peu leur cycle menstruel.

En milieu autochtone, les intervenants rencontrés considèrent que malgré l'information transmise dans les écoles, les jeunes sont peu ou mal informés sur le plan des comportements sexuels. Les jeunes filles ont tendance à se plier au désir du garçon sans se demander si elles éprouvent vraiment le désir d'avoir une relation sexuelle.

Ils ajoutent que la sexualité est encore socialement un sujet tabou, c'est-à-dire que l'on peut transmettre de l'information formelle dans les écoles, on peut en discuter en consultation individuelle avec les adolescents, mais il semble que ces derniers en discutent très peu entre eux et encore moins avec leurs parents. À ce sujet, ils spécifient que les mères informent très peu leur fille sur la sexualité. De plus, plusieurs familles vivent dans la promiscuité (15 à 18 personnes dans la même maison) à cause du peu d'habitations disponibles dans certaines réserves. Or, cette promiscuité biaise la pensée et la manière d'entrevoir la sexualité dans sa globalité chez les enfants qui vivent dans cette(ces) condition(s).

Les intervenants en milieu autochtone, comme ceux des autres communautés de la Côte-Nord, considèrent qu'il existe une difficulté d'arrimage entre l'information véhiculée auprès des jeunes et leur niveau de connaissances au sujet des relations sexuelles, de la protection contre les MTS et de la prévention des grossesses.

4.7 L'OPINION DES RÉPONDANTS RELATIVEMENT À L'INFORMATION TRANSMISE DANS LES ÉCOLES EN MATIÈRE D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ

Selon les répondants, l'école demeure un lieu privilégié pour transmettre de l'information aux jeunes puisqu'on s'assure de rejoindre la majorité d'entre eux. Toutefois, ils considèrent que le niveau d'aisance des enseignants à transmettre cette information et à répondre adéquatement aux questions des élèves sont des facteurs importants dans la compréhension et l'intérêt des jeunes à bien suivre le cours.

Les personnes rencontrées ajoutent qu'actuellement, les intervenants du réseau de la santé peuvent difficilement jauger le contenu, la qualité et la récurrence des cours en éducation à la sexualité. Cette partie du programme de Formation personnelle et sociale n'est pas obligatoire et est laissée à la discrétion des écoles et des enseignants. Les intervenants savent seulement que l'enseignement demeure disparate à travers le réseau scolaire nord-côtier.

D'autres répondants ajoutent qu'il y aurait lieu de repenser la formation en éducation à la sexualité dans les écoles. Ils spécifient que tout en conservant le contenu actuel relatif à la physiologie, à la protection contre les MTS et à la prévention des grossesses, il faudrait aussi amener les adolescents à mieux comprendre le processus amoureux. Leur expliquer la vulnérabilité qui peut découler du sentiment amoureux en leur faisant comprendre que les émotions peuvent engendrer des messages erronés tels que la peur de perdre la confiance de l'autre si on lui demande d'utiliser le condom, la pensée magique qui reprend le dessus parce que les émotions inhibent le côté rationnel de la pensée. Leur apprendre comment on peut s'équilibrer entre les sentiments ressentis et la nécessité de protection.

4.8 LE PARTAGE DE LA RESPONSABILITÉ DE LA CONTRACEPTION ENTRE LES GARÇONS ET LES FILLES

Selon la majorité des répondants en milieu blanc comme en milieu autochtone, malgré l'augmentation des connaissances des garçons sur les dangers d'une relation sexuelle non protégée tant au niveau de la grossesse que des MTS, la contraception demeure encore la responsabilité des filles. D'après ce que rapportent les jeunes filles aux intervenants, les garçons s'informent très rarement du moyen de contraception qu'elles utilisent et demeurent encore très réticents et même rébarbatifs à l'utilisation du condom. Lorsque les deux adolescents sont en couple stable, certains garçons vont tout de même utiliser le condom au début de la relation, mais abandonnent aussitôt que la jeune fille utilise des contraceptifs. De plus, des intervenants en milieu autochtone ont remarqué que les jeunes hommes

dans la vingtaine qui ont des relations sexuelles avec des adolescentes de 14 ou 15 ans ne se montrent pas plus responsables que les plus jeunes garçons relativement à la protection contre les MTS et la contraception. Il n'en demeure pas moins que les intervenants de la santé constatent qu'il y a tout de même un certain nombre de jeunes qui se protègent puisque les condoms sont distribués régulièrement dans les centres de santé des communautés.

Par ailleurs, une infirmière en milieu scolaire a remarqué qu'à l'école secondaire où elle intervient, la distributrice de condoms de la salle des toilettes des filles se vide plus rapidement que celle installée dans la salle des toilettes des garçons. Par contre, depuis l'année dernière, l'école est ouverte le soir aux adultes et la distributrice des garçons a maintenant plus de succès que celle des filles. D'un autre côté, un travailleur de rue a spécifié que ce sont davantage les garçons qui lui demandent des condoms alors que très peu de filles le sollicitent à ce sujet. Il en vient à la conclusion que les garçons sont plus à leur aise d'en demander à un homme alors que les filles vont aller vers des femmes pour s'en procurer.

Enfin, selon des répondants, il reste encore beaucoup de travail à accomplir pour responsabiliser les garçons en matière de contraception. Bien évidemment, les filles se doivent de penser plus loin que la relation sexuelle car elles auront à vivre avec les conséquences de leur insouciance alors que les garçons sont presque socialement déresponsabilisés à ce niveau. D'ailleurs, selon cet intervenant, le haut taux de MTS confirme la nonchalance des garçons en ce qui a trait à la protection.

4.9 LES MOYENS DE PRÉVENTION À METTRE EN PLACE POUR DIMINUER LE NOMBRE DE GROSSESSES À L'ADOLESCENCE

Parmi les intervenants rencontrés, certains souhaitent qu'en milieu scolaire les infirmières accentuent leur présence et consacrent plus de temps à l'intervention individuelle et aux rencontres de groupe avec les jeunes. D'autres personnes sont d'avis que les intervenants psychosociaux devraient être mis à contribution en éducation à la sexualité en ce qui a trait surtout aux aspects psychosociaux des relations amoureuses. Selon elles, un travail d'équipe avec les infirmières permettrait de bien cerner les attentes des jeunes tant sur les aspects physiologiques que relationnels concernant les rapports sexuels et amoureux. Ils ajoutent que la collaboration devrait s'accroître entre les directions d'écoles et les CLSC de chacun des territoires afin d'assurer la qualité et la récurrence des informations transmises dans chacune des écoles de la Côte-Nord.

En ce qui a trait à la présentation du cours d'éducation à la sexualité, les répondants proposent de repenser la manière de diffuser le programme dans les écoles. Ils estiment qu'il serait nécessaire de diminuer le nombre d'élèves dans les groupes et de séparer les garçons des filles pour certains sujets. Selon eux, le trop grand nombre d'élèves par groupe fait en sorte que les jeunes sont gênés de poser des questions et les filles n'osent pas toujours aborder certains aspects de la sexualité lorsqu'elles sont en présence des garçons. Pour ces derniers, il faudrait également vérifier si ils ont des besoins particuliers en matière de sexualité et adapter la formation selon ces besoins.

Des répondants proposent qu'à chaque année des dépliants soient remis à l'ensemble des élèves concernant différents aspects touchant la sexualité en leur conseillant de les conserver au cas où ils en auraient besoin. Ces informations devraient toucher, entre autres, l'utilisation du condom, les moyens de contraception, y compris la pilule du lendemain, le danger des MTS sur la santé ainsi que les coordonnées des points de service de leur communauté.

Des répondants ajoutent qu'il serait nécessaire que les directions d'école et les commissions scolaires reçoivent les statistiques annuelles concernant la propagation des MTS chez les jeunes de moins de 18 ans et le nombre de grossesses chez les adolescentes afin de conscientiser davantage le milieu scolaire à la nécessité de transmettre, de façon continue, les cours d'éducation à la sexualité dans les écoles de la Côte-Nord.

Enfin, des répondants sont d'avis qu'il faudrait songer à évaluer les connaissances des élèves en matière de sexualité parce qu'à l'heure actuelle, on ne sait pas grand chose du degré de connaissances acquises par les cours de sexualité puisqu'ils ne sont pas testés par des examens sur ce sujet.

Par ailleurs, des répondants expliquent que les jeunes à risque sont souvent hors du circuit scolaire et qu'il faudrait s'assurer qu'ils ont accès à de l'information, par exemple, par le biais des maisons de jeunes et des travailleurs de rue. À ce sujet, une infirmière qui a participé à des rencontres dans une maison de jeunes de la région a constaté le grand intérêt des adolescents sur différents aspects touchant la sexualité et a surtout réalisé qu'il existe de grands besoins à combler en termes de connaissances sur le sujet.

En intervention individuelle, les répondants sont d'avis que pour contrer les risques de grossesses à l'adolescence chez la clientèle plus vulnérable, il faut s'attaquer aux facteurs susceptibles de générer ce phénomène chez les jeunes filles. Il faut se demander ce qu'elles recherchent à travers une relation de

couple, les confronter à leurs aspirations, les aider à se recentrer sur elles-mêmes, voir et comprendre comment elles font leurs choix et travailler sur les schèmes de pensées erronées.

Les répondants sont aussi d'avis que les parents devraient être sensibilisés et surtout mieux outillés pour transmettre de l'information à leurs jeunes sur la sexualité. Plusieurs sont encore mal à l'aise pour aborder la sexualité avec leurs enfants et plusieurs d'entre eux ont encore de la difficulté à concevoir qu'ils puissent avoir des relations sexuelles avant l'âge de 18 ans.

Enfin, certains médecins constatent que la contraception d'urgence (pilule du lendemain) est sous-utilisée et trop peu connue. Selon eux, il faudrait rendre ce contraceptif plus accessible et le publiciser davantage auprès des jeunes en leur indiquant où ils peuvent s'en procurer ailleurs qu'au CLSC. Ils ajoutent que bien des médecins auraient également intérêt à se garder à jour sur la contraception et être davantage sensibilisés à ce sujet afin de faire face plus efficacement aux grossesses non désirées et d'agir sur le trop grand nombre d'interruptions volontaires de grossesses.

Les intervenants dans les communautés autochtones ont pratiquement apporté les mêmes commentaires au sujet de la transmission des cours d'éducation à la sexualité dans les écoles. Plusieurs croient que leur présence devrait être accrue, qu'il serait nécessaire de diminuer le nombre d'élèves dans les groupes et de séparer les filles des garçons pour certains sujets. Selon certains, il faut également s'assurer de la récurrence des cours.

De plus, des intervenants sont d'avis qu'en prévention, il serait nécessaire de s'adresser plus particulièrement aux mères en les invitant à être plus vigilantes avec leurs filles. À cet effet, une infirmière suggère d'organiser des rencontres de cuisine avec les mères de la communauté pour discuter des différents moyens de contraception, du phénomène de la ménopause et leur donner des trucs pour aborder la sexualité avec leurs enfants.

D'autres intervenants ont suggéré de diffuser davantage d'information en prévention des MTS et des grossesses par le biais de la radio communautaire car, selon eux, tous les membres de la communauté doivent être sensibilisés à ces problématiques.

Une intervenante explique qu'actuellement, les condoms sont disponibles et gratuits au centre de santé. Dans la salle d'attente, les infirmières laissent des paniers remplis de condoms, mais lorsqu'il y a des gens, les jeunes sont gênés d'en prendre et lorsqu'ils ont la chance d'en récupérer, ils les gaspillent en les utilisant comme des ballons. Elles proposent donc d'installer une distributrice dans la salle des

toilettes et d'exiger un petit montant pour éviter le gaspillage. De plus, certaines écoles n'ont pas encore installé de distributrice.

Enfin, les répondants sont d'avis qu'il est nécessaire d'offrir aux jeunes filles une alternative à la maternité en termes de valorisation et de projet d'avenir. Les parents sont de plus en plus conscients de l'importance de l'éducation pour leurs enfants et il en résultera certainement un effet d'entraînement dans le temps. Dans une communauté, par exemple, des parents ont commencé à envoyer leurs enfants à l'école des blancs parce que les règles sont plus sévères en termes de présences aux cours et d'exigences académiques.

RECOMMENDATIONS



RECOMMANDATIONS

Les commentaires des intervenants rencontrés dans le cadre de l'étude ainsi que ceux des membres du comité aviseur conduisent à proposer les recommandations suivantes :

1. Créer un comité régional afin d'assurer le suivi des recommandations du présent rapport ainsi que celles contenues dans les orientations ministérielles en matière de prévention des grossesses à l'adolescence.

Ce comité pourrait être composé de décideurs provenant des secteurs suivants : les commissions scolaires, la direction régionale du ministère de l'Éducation, la Régie régionale de la santé et des services sociaux, les CLSC, les centres hospitaliers, les communautés autochtones, le ministère de la Solidarité sociale, les organismes communautaires et un membre du présent comité aviseur.

2. La prévention des grossesses

- 2.1 Vérifier auprès des représentants des commissions scolaires et des conseils d'établissement des écoles la possibilité d'assurer la diffusion et la récurrence des cours d'éducation à la sexualité dans chacune des écoles de la Côte-Nord.
- 2.2 Faire des représentations auprès des conseils d'établissement et des parents sur la réalité des jeunes en matière de sexualité et sur leur droit à la protection contre les MTS et la grossesse à l'adolescence.
- 2.3 Instaurer un partenariat entre les intervenants sociaux du réseau de la santé et les enseignants relativement à la diffusion du cours d'éducation à la sexualité de manière à optimiser l'expertise de chacun en réponse aux besoins et au vécu des jeunes en ce qui a trait plus particulièrement aux relations amoureuses et aux relations de couple.

- 2.4 Dans les cours traitant de sexualité, associer l'enseignant et l'intervenant social ou l'infirmière, pour la présentation de certains sujet (ex. : la contraception, les services en IVG), en divisant les élèves en deux groupes sous la responsabilité pour l'un, de l'enseignant et pour l'autre, de l'infirmière, en séparant les garçons des filles, s'il y a lieu, afin de faciliter les échanges entre les élèves.
- 2.5 Mettre l'accent sur la sensibilisation des garçons relativement à leur implication en matière de contraception et de protection contre les MTS.
- 2.6 Identifier des stratégies et des outils de communication sur les différents moyens de contraception et de protection s'adressant aux jeunes. Par exemple, inscrire dans l'agenda scolaire, distribué à chaque année aux élèves, des informations sur la contraception, l'utilisation du condom, la pilule du lendemain, les dangers des MTS sur la santé et les coordonnées des points de service afin qu'ils aient ces informations sous la main en cas de besoin.
- 2.7 Mettre à la disposition des jeunes des moyens de protection et de contraception. Par exemple, le comité devrait s'assurer de l'installation de distributrices à condoms dans chaque école secondaire de la Côte-Nord.
- 2.8 Mettre à contribution l'expertise de groupes communautaires et sociaux pour la présentation d'activités de prévention et d'information auprès des jeunes dans les écoles et dans les maisons de jeunes.
- 2.9 Accentuer la présence des infirmières dans les écoles afin de répondre aux besoins des adolescentes en matière de contraception, de protection contre les MTS ainsi qu'au support à apporter aux adolescentes enceintes relativement aux issues possibles de la grossesse.
- 2.10 Mettre à contribution les intervenants psychosociaux dans les cours d'éducation à la sexualité ainsi qu'en intervention individuelle pour ce qui touche différents aspects des relations de couple tels que la communication entre les partenaires, les comportements sexuels et l'affirmation de soi. De l'information devrait également être diffusée sur les risques élevés d'intergénéralité dans les comportements et dans la façon de résoudre des problèmes tels que décrits dans la présente étude.

- 2.11 Faire parvenir, à chaque année, aux commissions scolaires, aux conseils d'établissement et aux directions d'écoles secondaires, les données statistiques concernant la propagation des maladies transmissibles sexuellement chez les jeunes de moins de 18 ans et le nombre de grossesses chez les adolescentes de la Côte-Nord afin de les conscientiser à cette problématique.

À titre d'exemple, ces données pourraient être transmises par le biais du rapport annuel de la Régie régionale de la santé et des services sociaux.

- 2.12 Rendre accessible et publiciser davantage la contraception d'urgence afin que les jeunes puissent se procurer la pilule du lendemain dans les plus brefs délais suite à une relation sexuelle non protégée.
- 2.13 Habilitier les infirmières affectées au triage à l'urgence à remettre la pilule du lendemain.
- 2.14 Développer des outils d'information à l'intention des parents afin de les conscientiser davantage à la réalité des jeunes en matière de sexualité. Par exemple, organiser des «rencontres de cuisine» dont les thèmes portent, entre autres, sur la sexualité des adolescents, sur la façon d'aborder ce sujet avec leurs enfants, sur la contraception, sur les conséquences d'une grossesse à l'adolescence et sur l'impact des MTS sur la santé.

Les projets novateurs dans ce domaine pourraient éventuellement faire l'objet d'une étude et d'une évaluation dans le cadre du *Programme de subventions en santé publique* afin, d'une part, de supporter l'élaboration de tels programmes sur le plan du développement de connaissances et, d'autre part, d'en évaluer l'implantation ou les effets à court terme.

3. Les services en interruption volontaire de grossesse (IVG)

- 3.1 Sensibiliser davantage les adolescentes aux signes de grossesse et à l'urgence d'effectuer un test de grossesse afin de diminuer le nombre d'avortements précipités et de respecter la limite de 12 semaines en vigueur dans les centres hospitaliers de la Côte-Nord.

- 3.2 Offrir un suivi systématique, par les infirmières en milieu scolaire et dans les CLSC, à toutes les jeunes filles dont le test de grossesse est positif afin de les aider et les soutenir le plus tôt possible quant à la décision d'interrompre ou de poursuivre leur grossesse.
- 3.3 Organiser les services en IVG dans les centres hospitaliers offrant ce service sur la Côte-Nord de manière à éviter que les femmes qui subissent un IVG se présentent au même endroit et au même moment que les femmes enceintes.
- 3.4 S'assurer que les adolescentes qui ont à subir un IVG sont accompagnées dans cette démarche et qu'elles bénéficient d'un transport lorsqu'elles ont à se déplacer hors de leur communauté pour subir un avortement.
- 3.5 Inviter les jeunes filles à être accompagnées d'une personne significative lors des rencontres pré-IVG. Cette procédure permettrait d'expliquer aux personnes proches des adolescentes quelles pourraient être les séquelles et les réactions émotives et comment aider les jeunes filles à surmonter un tel événement.
- 3.6 Effectuer un rappel systématique des jeunes filles et de leur aidant naturel afin de vérifier si elles vivent des difficultés en lien avec leur avortement.

4. Les services pré et postnatals

- 4.1 Introduire la participation active et régulière des intervenants psychosociaux des CLSC au suivi des adolescentes en période prénatale pour ce qui touche les aspects psychosociaux du suivi.

Ce support se traduirait, par exemple, par de l'information sur les premières étapes de développement cognitif des jeunes enfants, sur l'organisation matériel à considérer pour l'arrivée de l'enfant et en vérifiant si elles disposent d'un support de leur entourage afin de les préparer à faire face aux changements personnel, social et économique que comporte la venue d'un enfant.

- 4.2 En continuité au suivi prénatal, intégrer les intervenants psychosociaux des CLSC, au soutien à apporter aux jeunes mères sur le plan du développement de leurs habiletés parentales afin de les aider à acquérir des compétences sur le plan de l'éducation de leurs enfants puisque ces

demiers sont considérés à risque, plus que les autres, de présenter des carences sur le plan cognitif, psychomoteur et psychosocial.

Ce support pourrait s'effectuer en collaboration avec les organismes communautaires impliqués auprès des jeunes mères. À cet effet, les programmes tels que PICOLO, Y'A PERSONNE DE PARFAIT (Y'APP) ou autres pourraient être offerts à toutes les mères de moins de 18 ans. Ces programmes, conçus pour les familles provenant de milieux défavorisés, ne devraient pas tenir compte du milieu socioéconomique d'origine des jeunes mères puisque, de par leur jeune âge, elles demandent un suivi et un support soutenu sur le plan de l'éducation et des soins à prodiguer à leur enfant.

- 4.3 Consacrer davantage de temps aux jeunes mères et à leurs enfants dans une optique de prévention des problématiques comportementales apparaissant aux étapes ultérieures dans le développement cognitif et social des enfants.
- 4.4 Encourager les jeunes mères à poursuivre ou à reprendre leurs études en leur offrant des conditions favorables (garderie, transport, support monétaire, soutien dans leurs études) à leur intégration en milieu scolaire.

DISCUSSION ET

CONCLUSION

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les deux principaux objectifs de cette étude consistent pour le premier, à identifier les facteurs de protection susceptibles de diminuer le nombre de grossesses chez les adolescentes de la Côte-Nord et pour le second, à proposer des moyens permettant de limiter les conséquences négatives d'un tel événement pour les jeunes mères et pour leurs enfants.

Pour répondre à ces objectifs, une recension des écrits a permis de mettre en parallèle les données présentes dans la littérature avec celles identifiées par les intervenants rencontrés dans le cadre de l'étude. Ces derniers, provenant des communautés autochtones, du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire nord-côtier, ont été sollicités pour participer à des entrevues individuelles afin de transmettre leur expérience relativement à la problématique à l'étude et de proposer des avenues en prévention et en intervention auprès des adolescentes enceintes et des jeunes mères.

En ce qui a trait aux faits saillants dégagés de l'étude, les données statistiques visant à mesurer l'ampleur du phénomène sur la Côte-Nord indiquent que la région connaît des taux supérieurs de grossesses et de maternités à l'adolescente comparativement au reste de la province et un taux inférieur en ce qui concerne l'interruption volontaire de grossesse. De plus, les données reliées à la maternité à l'adolescence démontrent que les communautés autochtones représentent un poids statistique important dans ces résultats. Toutefois, la Côte-Nord présente un taux de fécondité supérieur au reste de la province même en excluant les données relatives au milieu autochtone.

En lien avec le deuxième objectif spécifique de l'étude, les données recueillies lors des entrevues ont permis de connaître l'opinion des répondants relativement aux facteurs susceptibles d'expliquer la problématique des grossesses et de la maternité à l'adolescence sur la Côte-Nord.

Ainsi, nous constatons que les adolescentes qui deviennent enceintes présentent des caractéristiques telles que la négligence dans l'utilisation des contraceptifs et, pour certaines, de l'ignorance quant aux différents moyens, autres que les anovulants et le condom, pour se protéger d'une grossesse indésirée. De plus, la pensée magique étant encore très présente chez certains jeunes de ce groupe d'âge, ces adolescentes démontrent de l'insouciance et de la spontanéité dans leur comportement sexuel et sont très peu conscientes de leur fertilité.

En outre, les adolescentes enceintes proviennent souvent de famille où l'éducation sexuelle est déficiente et dans laquelle la sexualité est considérée comme un sujet tabou. Enfin, le désir de grossesse et de maternité serait très peu présent chez la majorité des adolescentes qui deviennent enceintes. Toutefois, une minorité d'entre elles démontrent effectivement un grand enthousiasme lorsqu'elles découvrent qu'elles sont enceintes.

Afin d'améliorer les actions en prévention des grossesses à l'adolescence, les moyens proposés par les intervenants rencontrés concernent l'amélioration des cours d'éducation à la sexualité dans les écoles, une plus grande diffusion de l'information destinée aux parents ainsi qu'une meilleure connaissance et une plus grande utilisation de la contraception d'urgence. Plus spécifiquement, il s'agit d'accentuer la présence des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux dans les écoles afin d'assurer la qualité et la récurrence de l'information en matière d'éducation à la sexualité, y compris l'information sur les services d'interruption volontaire de grossesse et de contraception d'urgence. À l'heure actuelle, ces cours seraient diffusés de façon inégale dans les écoles de la Côte-Nord et il n'est pas certain que le contenu du programme actuel rejoigne entièrement les préoccupations des jeunes en matière de sexualité et de relations amoureuses.

En ce qui a trait aux principaux facteurs qui influencent la décision des jeunes filles à poursuivre leur grossesse, le milieu socioéconomique d'origine, la culture familiale et l'intergénéralité dans les comportements comptent parmi les facteurs de risque importants dans le phénomène de la maternité à l'adolescence.

Les résultats de l'étude permettent de constater que les intervenants de la santé et des services sociaux, du milieu autochtone ainsi que ceux oeuvrant dans les organismes communautaires travaillent majoritairement auprès de jeunes filles provenant de milieux socioéconomiques défavorisés où la pauvreté et le faible niveau de scolarité s'inscrivent dans la dynamique de leur famille d'origine. De plus, la culture familiale compte parmi les autres facteurs en cause. Plus spécifiquement, les valeurs reliées à l'éducation et à la scolarisation, le sens des responsabilités et la capacité de projection dans l'avenir sont des éléments qui sont appris et transmis en milieu familial. De même, l'intergénéralité des comportements, remarquée par un bon nombre de répondants, constitue un mode de réaction aux événements et un moyen de régler les situations de la même manière que les générations précédentes. Ainsi, les adolescentes provenant d'un milieu familial présentant des caractéristiques de cette nature sont plus à risque que les autres de reproduire certaines problématiques telles que la maternité à l'adolescence.

En ce qui concerne les conséquences de la maternité précoce, les personnes rencontrées soutiennent que les jeunes mères et leurs enfants sont à risque de vivre dans un état de pauvreté presque chronique. La sous-scolarisation de la majorité d'entre elles les entraîne à occuper des emplois peu rémunérés ou à devenir dépendantes de l'aide sociale. De plus, les personnes qui interviennent auprès des enfants nés de mères adolescentes considèrent que plusieurs d'entre elles ne possèdent pas les compétences parentales suffisantes pour s'occuper adéquatement de leur enfant surtout lorsque ce dernier atteint l'âge de 2 ou 3 ans où il commence à manifester de l'opposition et demande une attention plus soutenue de la part des parents. Enfin, le stress engendré par la situation sociale et économique des jeunes mères peut entraîner de la négligence quant aux soins à prodiguer aux enfants et des carences sur le plan du développement psychomoteur de ces derniers.

Pour pallier aux risques énumérés précédemment, les intervenants rencontrés proposent d'améliorer les services en ce qui a trait au support pré et postnatal aux jeunes mères ainsi qu'auprès des enfants tout au long de leur petite enfance. À l'heure actuelle, les infirmières du programme OLO consacrent beaucoup de temps au suivi psychosocial des mères et de leurs enfants alors que les intervenants psychosociaux sont appelés à intervenir deux ou trois ans plus tard lorsque l'enfant présente des difficultés de comportement et que la mère est à bout de souffle. Ils estiment qu'un suivi précoce et conjoint de l'infirmière et d'un intervenant psychosocial permettrait d'assurer une présence plus constante auprès des mères afin de développer leurs compétences parentales et prévenir les problèmes d'ordre psychosocial constatés chez plusieurs de ces enfants.

En résumé, la prévention des grossesses à l'adolescence doit se situer dans une perspective de renforcement des capacités des jeunes à se responsabiliser quant aux conséquences associées à cette problématique. Le recours à l'interruption volontaire de grossesse constitue pour la jeune fille un événement marquant et souvent douloureux alors que la poursuite de la grossesse compromet grandement l'avenir des adolescentes en termes de sous-scolarisation, d'isolement social et de pauvreté. De plus, les difficultés rencontrées par les mères constituent un risque pour les enfants de présenter des problèmes de santé physique, d'adaptation sociale et des troubles de comportement.

En conclusion de cette étude et selon l'avis des membres du comité avisé, les adolescentes qui deviennent enceintes, celles qui décident de poursuivre leur grossesse ainsi que les enfants de ces dernières demandent un support et une aide spécifique de la part de tous les intervenants sociaux, communautaires et de la santé. Ce support doit d'abord s'attarder à offrir des services adéquats sur le plan du soutien à la prise de décision des adolescentes quant à l'issue de la grossesse. Ensuite, pour

celles qui décident de poursuivre leur grossesse, une approche intégrée des services offerts devrait permettre de limiter les conséquences de cet événement pour les jeunes mères et pour leurs enfants.

En matière de prévention des grossesses à l'adolescence, la complémentarité et la concertation entre les instances régionales concernées s'avèrent essentielles afin de fournir aux jeunes filles et aux jeunes garçons des services efficaces et à la mesure de leurs besoins.

ANNEXE A

***Liste des membres
du comité aviseur***

ANNEXE A

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ AVISEUR ET DES PERSONNES QUI ONT PARTICIPÉ AU DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Personne provenant de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Madame Maria Fortin, responsable régionale du dossier en périnatalité et du comité aviseur pour la présente étude

Personnes provenant des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Madame Danièle Dontigny, CLSC et Centre de santé des Sept Rivières

Madame Johanne Fournier, Centre hospitalier régional Baie-Comeau

Madame Manon Gingras, CLSC et Centre de santé des Sept Rivières

Madame Sylvie Bérubé Otis, CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan

Madame Micheline Anctil, Centre de santé des Nord-Côtiers

Monsieur Paul Parent, Centre jeunesse Côte-Nord

Madame Nathalie Tremblay, Centre hospitalier régional de Sept-Îles

Personnes provenant des communautés autochtones de la Côte-Nord

Madame Lucette Mestokosho, Centre de santé de la communauté autochtone de Natashquan

Madame Chantal Bacon, Centre de santé de Betsiamites

Madame Claire Jalbert, Centre de santé de Betsiamites

Personnes provenant des organismes communautaires de la région de la Côte-Nord

Soeur Jeannette Lord, Accueil Marie-de-l'Incarnation

Madame Élyse Gauthier, Centre de femmes l'Étincelle

Personnes provenant du ministère de la Solidarité sociale

Monsieur Michel Côté

Madame Sylvie Beaudin

Personne provenant du Conseil du statut de la femme

Madame Françoise Richard

Personne provenant de la Direction régionale du ministère de l'Éducation

Madame Lyse Briand

ANNEXE B

Tableaux complémentaires

Tableau 8

Moyenne annuelle du nombre et de l'issue des grossesses (en taux) chez les adolescentes âgées de 14 à 17 ans, par région sociosanitaire et pour le Québec, pour la période de 1993 à 1995 (3 ans)

Région	Nombre d'adolescentes	Grossesse		Avortement provoqué		Avortement spontané		Naissance vivante		Mortinaissance	
		Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
01 – Bas-Saint-Laurent	6 616	69	10,4	46	7,0	3	0,5	20	3,0	0	0,0
02 – Saguenay-Lac-St-Jean	10 073	131	13,0	86	8,5	8	0,8	36	3,6	1	0,0
03 – Québec	16 955	229	13,5	164	9,7	11	0,6	53	3,1	1	0,0
04 – Mauricie-Bois-francs	14 249	229	16,1	127	8,9	8	0,6	93	6,5	1	0,1
05 – Estrie	8 082	157	19,4	95	11,8	7	0,9	55	6,8	0	0,0
06 – Montréal-Centre	38 294	1 055	27,6	751	19,6	46	1,2	256	6,7	2	0,0
07 – Outaouais	8 004	176	22,0	106	13,2	10	1,2	60	7,5	0	0,0
08 – Abitibi-Témiscamisque	4 892	104	21,3	47	9,6	6	1,2	51	10,4	0	0,0
09 – Côte-Nord	3 286	84	25,6	33	10,0	5	1,5	45	13,7	1	0,1
10-17-18 – Territoire du Nord	1 341	87	64,9	17	12,7	4	3,0	64	47,7	2	0,5
11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	3 155	52	16,5	31	9,8	2	0,6	18	5,7	0	0,0
12 – Chaudière-Appalaches	11 933	127	10,6	87	7,3	6	0,5	34	2,8	0	0,0
13 – Laval	8 750	145	16,6	110	12,6	7	0,8	28	3,2	0	0,0
14 – Lanaudière	10 205	177	17,3	116	11,4	10	1,0	51	5,0	0	0,0
15 – Laurentides	11 170	205	18,4	144	12,9	9	0,8	52	4,7	0	0,0
16 – Montérégie	36 552	667	18,2	434	11,9	61	1,7	171	4,7	1	0,0
Total du Québec	193 557	3 694	19,1	2 394	12,4	203	1,0	1 087	5,6	9	0,0
10 – Nord-du-Québec		10		5		1		3		1	
17 – Nunavik		42		8		1		34		0	
18 – Terres-Cris-de-la-Baie-James		34		4		3		28		1	

Source : ROCHON, Madeleine. Taux de grossesses à l'adolescence, Québec, 1990 à 1995, régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge, Service de la recherche, Direction générale de la Planification et de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Note 2 : Le résultat du calcul des taux diffère de plus ou moins 0,1 avec ceux du tableau 8, page 31 présentés dans le document de référence (Rochon, Madeleine, 1997). Pour les besoins de l'étude, nous utilisons les taux du document.

Tableau 9

Moyenne annuelle des grossesses selon l'issue (en %) chez les adolescentes âgées de 14 à 17 ans par région de résidence et au total du Québec, pour la période de 1993 à 1995 (tri des données en ordre décroissant selon le % de naissances vivantes)

Rang	Région	Grossesse		Avortement provoqué	Avortement spontané	Naissance vivante	Mortinaissance
		Nombre	%	%	%	%	%
1	18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	34	100,0	11,0	8,0	81,0	1,0
2	17 - Nunavik	42	100,0	20,0	1,0	80,0	0,0
3	09 - Côte-Nord	84	100,0	40,0	6,0	54,0	0,0
4	08 - Abitibi-Témiscamingue	104	100,0	46,0	5,0	49,0	0,0
5	04 - Mauricie-Bois-Francis	229	100,0	55,0	4,0	40,0	0,0
6	05 - Estrie	157	100,0	60,0	4,0	35,0	0,0
7	11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	52	100,0	60,0	5,0	35,0	0,0
8	07 - Outaouais	176	100,0	60,0	6,0	34,0	0,0
9	10 - Nord-du-Québec	10	100,0	53,0	13,0	30,0	3,0
10	01 - Bas-Saint-Laurent	69	100,0	67,0	4,0	29,0	0,0
11	14 - Lanaudière	177	100,0	65,0	6,0	29,0	0,0
12	02 - Saguenay-Lac-St-Jean	131	100,0	66,0	6,0	28,0	0,0
13	12 - Chaudière-Appalaches	127	100,0	68,0	5,0	27,0	0,0
14	15 - Laurentides	205	100,0	70,0	4,0	26,0	0,0
15	16 - Montérégie	667	100,0	65,0	9,0	26,0	0,0
16	06 - Montréal-Centre	1 055	100,0	71,0	4,0	24,0	0,0
17	03 - Québec	229	100,0	72,0	5,0	23,0	0,0
18	13 - Laval	145	100,0	75,0	5,0	20,0	0,0
Total du Québec		3 693	100,0	56,9	5,6	37,2	0,2
	10-17-18 - Territoires du Nord	87	100,0	20,0	5,0	74,0	1,0

Source : ROCHON, Madeleine. Taux de grossesses à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995, régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge, Service de la recherche, Direction générale de la Planification et de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Population féminine âgée de 14 à 17 ans : tableau 13, page 36

Nombre de grossesses : tableau 7, page 30

Issues des grossesses en % : tableau 9, page 33

Note : Le total du Québec diffère du document de référence car nous avons inclus les données sur les territoires du Nord à l'intérieur du tableau (régions # 10, 17, 18). Dans le document de référence (Rochon, M., 1997), ces trois territoires sont regroupés, ce qui a pour effet d'influencer le % des issues de grossesses surtout chez les autochtones des régions # 17 et 18.

Tableau 10

Moyenne annuelle (en %) de naissances vivantes chez les femmes blanches selon l'âge et la MRC, pour la période de 1993 à 1997, Côte-Nord, 2000

MRC	Âge de la mère				Total (%)
	17 ans et moins	18-19 ans	20-34 ans	35 ans et plus	
Haute-Côte-Nord	1,9	4,9	88,5	4,7	100,0
Manicouagan	1,3	4,2	87,8	6,7	100,0
Sept-Rivières	2,5	5,2	85,3	7,0	100,0
Minganie	1,3	7,2	84,9	6,6	100,0
Basse-Côte-Nord	4,4	7,2	82,9	5,5	100,0
Caniapiscou	0,0	1,6	93,6	4,8	100,0

Source : Données populationnelles : Statistique Canada, Recensement 1996, données non corrigées pour le sous-dénombrement, le 19 novembre 1997, naissances vivantes, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tableau 11

Moyenne annuelle (en %) de naissances vivantes chez les femmes autochtones selon l'âge et la MRC, pour la période de 1993 à 1997, Côte-Nord, 2000

MRC	Âge de la mère				Total (%)
	17 ans et moins	18-19 ans	20-34 ans	35 ans et plus	
Haute-Côte-Nord	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Manicouagan	13,3	9,9	65,2	11,6	100,0
Sept-Rivières	9,5	12,7	75,3	2,5	100,0
Minganie	16,0	13,6	61,7	8,7	100,0
Basse-Côte-Nord	12,0	10,0	75,0	3,0	100,0
Caniapiscou	13,3	9,6	71,2	5,9	100,0

Source : Données populationnelles : Statistique Canada, Recensement 1996, données non corrigées pour le sous-dénombrement, le 19 novembre 1997, naissances vivantes, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tableau 12

**Naissances vivantes (en %) selon la période de gestation de 36 semaines et moins
et le poids à la naissance de 2 499 grammes et moins,
Québec et Côte-Nord, 1997**

Âge de la mère	Période de gestation		Poids à la naissance	
	26 semaines et moins		2 499 grammes et moins	
	Québec	Côte-Nord	Québec	Côte-Nord
17 ans et moins	8,9	3,1	7,8	3,1
18-19 ans	8,7	10,0	8,0	10,0
20-24 ans	7,9	7,8	6,1	3,4
25-29 ans	6,8	8,4	5,3	8,4
30-34 ans	6,7	8,2	5,5	6,2
35 ans et plus	8,8	7,3	7,9	7,3

Source : Fichier des naissances vivantes, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

ANNEXE C

Questionnaire

ANNEXÉ C
QUESTIONNAIRE

**La grossesse chez les adolescentes de la Côte-Nord :
État de situation et perspective de prévention du phénomène**

MRC : _____

ÉTABLISSEMENT : _____

FONCTION DU RÉPONDANT : _____

PARTIE 1 – PRÉVENTION DES GROSSESSES

- Q.1 Dans votre pratique, est-ce que vous abordez la prévention des grossesses à l'adolescence? Si oui, à quelle(s) occasion(s) abordez-vous ce sujet?
- Q.2 D'après vous, est-ce que les jeunes sont informés adéquatement et suffisamment sur les différents aspects touchant la sexualité? Si non :
- Quels sont les aspects sur lesquels ils semblent **le moins** informés?
 - Quels sont les aspects de la sexualité sur lesquels ils semblent **le mieux** informés?
- Q.3 Croyez-vous que la formation que les adolescents reçoivent en matière d'éducation sexuelle en milieu scolaire est adéquate (i.e. : complète en termes de contenu, adaptée à leur réalité)? Si non, expliquez en quoi cette formation n'est pas suffisamment complète ou adéquate?
- Q.4 D'après votre expérience, est-ce que les garçons partagent la responsabilité de la contraception avec la jeune fille, par exemple :
- a) Lors de la première relation sexuelle avec une nouvelle partenaire?
 - b) Lorsqu'il s'agit d'une relation sexuelle fortuite? (rencontre d'un soir)
 - c) Lorsqu'ils entretiennent une relation stable (1 mois et plus)?
- Q.5 D'après vous, est-ce que les garçons sont suffisamment **sensibilisés** à la contraception?
- Q.6 D'après vous, quels seraient les facteurs pouvant expliquer qu'une jeune fille ne prend pas les moyens nécessaires pour ne pas devenir enceinte?
- Q.7 Dans votre MRC, existe-t-il des organismes, autres que ceux du réseau de la santé et de l'éducation, qui offrent aux jeunes de l'information sur la sexualité et la contraception? Si oui, quels sont ces organismes et quel type d'information ces organismes offrent-ils?
- Q.8 Sur le plan de la prévention, quels seraient les moyens les plus efficaces pour diminuer le nombre de grossesses à l'adolescence?

PARTIE 2 – LES ISSUES DE LA GROSSESSE

- Q.9 D'après votre expérience, les jeunes filles qui optent pour l'IVG ont-elles des caractéristiques différentes de celles qui poursuivent leur grossesse? Si oui, à quels niveaux se situent ces différences?
- Q.10 Selon vous, qu'est-ce qui influencerait la décision des adolescentes à opter soit :
- a) pour l'IVG?
 - b) pour la poursuite de leur grossesse?
- Q.11 Croyez-vous que le futur père de l'enfant a un rôle important quant à l'issue de la grossesse (IVG vs poursuite)?
- Q.12 D'après vous, est-ce qu'en général la famille du futur père a une influence, directe ou indirecte, quant à l'issue de la grossesse de la partenaire de leur fils?
- Q.13 Croyez-vous que les jeunes nord-côtières sont suffisamment informées de la possibilité d'obtenir des services en IVG?
- Q.14 Croyez-vous que les services en IVG sur la Côte-Nord sont suffisamment accessibles pour les jeunes filles ? Si non, avez-vous des suggestions pour améliorer ces services?
- Q.15 Croyez-vous qu'il existe des difficultés sur le plan de la confidentialité dans l'organisation des services en IVG? Si oui, avez-vous des suggestions pour améliorer la confidentialité de ce service?
- Q.16 Est-ce que les jeunes filles conservent des séquelles psychologiques suite à l'IVG? Si oui, de quelle nature sont ces séquelles?
- Q.17 Est-ce que les jeunes filles peuvent obtenir du support psychologique suite à l'avortement? Si oui, quelles sont ces ressources? (réseau de la santé, communautaire, scolaire, ...)
- Q.18 Est-ce que les jeunes filles utilisent les ressources proposées? Si non, quelles en seraient les raisons?
- Q.19 En vous basant sur votre expertise locale et régionale, croyez-vous que le milieu culturel d'origine de la jeune fille a une influence sur la décision de poursuivre sa grossesse et d'avoir un enfant? Si oui, pouvez-vous expliquer dans quelle mesure le milieu culturel influence cette décision?

- Q.20 Et croyez-vous qu'en général, le milieu socioéconomique d'origine de la jeune fille a une influence sur la décision de poursuivre sa grossesse et d'avoir un enfant? Si oui, dans quelle mesure le milieu socioéconomique aurait cette influence?
- Q.21 Dans votre pratique, est-ce que vous observez l'existence d'un facteur intergénérationnel dans le fait de devenir enceinte à l'adolescence? (c'est-à-dire que les mères de ces jeunes filles auraient elles aussi eu leur premier enfant assez jeunes) Si oui, expliquez.

PARTIE 3 – LE SUIVI ET LE SUPPORT PRÉ ET POSTNATAL

- Q.22 Est-ce qu'en général, les adolescentes enceintes assistent aux cours prénatals offerts à l'ensemble des femmes enceintes de votre MRC? Si non, quelles sont les raisons pour lesquelles les jeunes filles n'assistent pas à ces cours?
- Q.23 Y-aurait-il lieu d'offrir des cours prénatals s'adressant spécifiquement aux adolescentes enceintes?
- Q.24 D'après votre expérience, est-ce que les adolescentes se présentent chez leur médecin de façon régulière pour leur suivi de grossesse ? Si non, quelles en sont les raisons?
- Q.25 Quelles sont les ressources en place (réseau de la santé et communautaire) pour supporter les adolescentes qui deviennent mères?
- Q.26 Existe-t-il un suivi postnatal particulier pour les jeunes filles de moins de 18 ans qui ont un bébé? Si oui, sur quoi les intervenants portent-ils davantage leur attention dans le suivi postnatal de ces jeunes mères?
- Q.27 Quels seraient les besoins à combler en ce qui a trait au support à apporter aux jeunes mères dans l'éducation de leur enfant?
- Q.28 Croyez-vous que les enfants des jeunes mères de moins de 18 ans sont plus à risque que les autres de développer des problèmes de comportement et de développement? Si oui, expliquez.
- Q.29 Est-ce que les jeunes pères sont suffisamment impliqués dans la prise en charge et dans l'éducation de leur enfant? Si non, croyez-vous qu'il serait nécessaire de supporter davantage les jeunes pères dans leur rôle auprès de leur enfant? Expliquez.
- Q.30 Avez-vous des suggestions pour améliorer l'approche en périnatalité sur la Côte-Nord auprès des adolescentes à risque?

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- ARCAND, Lyne, Sylvie VENNE, en collaboration avec Marcella TABIA. *Formation personnelle et sociale : évaluation du degré de mise en œuvre du volet «Éducation à la sexualité du programme FPS dans les écoles secondaires lavalloises»*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Direction de la santé publique, Laval, 1998, 113 pages.
- BELLEAU, Marie-Josée. *Jeunes et autochtones : les défis de l'oppression dans une formation à l'intervention*, Collectif québécois d'édition populaire, 1994, 16 pages.
- BOYER, Ginette et coll., J. GOULET, D. BEAUREGARD, I. SCIOTTO. *Naître égaux - Grandir en santé : bilan des activités, 1995-1996*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, septembre 1996, 47 pages.
- BRAULT, Hélène et coll. *Les infirmières face à l'avortement*, Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal, 1988, 27 pages.
- CHARBONNEAU, Louise et autres. *Être adolescent-e et fertile : une responsabilité personnelle et sociale. Avis sur la grossesse à l'adolescence*, Comité Famille-Enfance de la division Santé communautaire de l'Association des hôpitaux du Québec, Février 1988, 256 pages.
- CHARBONNEAU, Louise, G. FORGET, J.-Y. FRAPPIER, A. GAUDREAU, É. GUILBERT, N. MARQUIS. *Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale : avis sur la grossesse à l'adolescence*, Comité Famille-Enfance de la Division santé communautaire de l'Association des hôpitaux du Québec, Montréal, 1989, 128 pages.
- COLIN, Christine, Hélène DESROSIERS. *Naître égaux et en santé : avis sur la grossesse en milieu défavorisé*, Comité Famille-Enfance de la Division santé communautaire de l'Association des hôpitaux du Québec, Montréal, 1989, 151 pages.
- CÔTÉ, Jocelyne. *Le passage à la vie adulte et la maternité à l'adolescence dans la MRC de Padok en Gaspésie*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine, Gaspé Harbour, 1996, 78 pages.

- CÔTÉ, Jocelyne, Nathalie DUBÉ. *Qu'est-ce qui a rap avec l'amour : étude sur la santé sexuelle des jeunes du secondaire de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine face à la prévention des grossesses, des MTS et du sida*, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Direction de la santé publique, Gaspé Harbour, 1998, 158 pages.
- DELAGRAVE, France. *Éléments de réflexion pour un plan d'action sur la planification des naissances et la prévention des grossesses et des MTS à l'adolescence*, Rapport de consultation, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Saint-Charles-Borromée, 1997, 55 pages.
- DELAGRAVE, France. *Plan d'action régional pour assurer la planification des naissances et la prévention des grossesses et des MTS à l'adolescence*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Saint-Charles-Borromée, 1998, 36 pages.
- DEMERS, Nicole, Michel DES ROCHES. *La périnatalité sur la Côte-Nord : Évaluation du programme-cadre de 1983*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 1993, 156 pages.
- DESBIENS, Jean-Paul. *Comment peut-on être autochtone?*, Secrétariat aux affaires autochtones, Gouvernement du Québec, 1993, 36 pages.
- DI DOMENICO, Mariangela. *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, Conseil du statut de la femme, Québec, 1992, 51 pages.
- DOYON, France, Juliette HUTTER. *Une bedaine en mouvement*, Bureau de consultation jeunesse inc., Montréal, 1991, 31 pages.
- DUMAS, Lucie et coll.. *Les Amérindiens et les Inuits du Québec d'aujourd'hui*, Secrétariat aux affaires autochtones, Gouvernement du Québec, 1995, 26 pages.
- DUBÉ, Nathalie. *Qu'est-ce qui a rap avec l'amour : étude sur la santé sexuelle et la prévention des grossesses, des MTS et du sida* (brochure), Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine, Gaspé Harbour, 1998, 25 pages.

FILION Gisèle, Marguerite THÉBAULT. *Grossesse et adolescence : revue de la littérature et éléments de problématique*. Département de santé communautaire, Hôpital Saint-Luc, Montréal, octobre 1984, 58 pages.

FORGET, Gilles et autres. *S'exprimer pour une sexualité responsable : un projet de prévention des grossesses à l'adolescence, guide d'animation*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 1994, 225 pages.

GAGNON, Sylvain. *Orientation en matière de santé et de bien-être pour la Côte-Nord : la traduction régionale des objectifs de résultats et des stratégies*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau, novembre 1993, 86 pages.

GALLAND, Olivier. *Précarité et entrées dans la vie*, Revue française de sociologie, vol. XXV, 1984, p. 49-66.

GRAVEL, Nicole et coll. *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1999, 29 pages.

JACCOUD, Mylène. *Les Inuits et la question pénale : le cas du Nouveau-Québec*, Thèse de doctorat, École de criminologie, Université de Montréal, 1992, 325 pages.

LETENDRE, Robert, Pierre DORAY. *L'expérience de la grossesse à l'adolescence*, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, 1999, 132 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, Québec, 1993, 101 pages.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Un nourisson... et de l'ambition : la scolarisation des mères adolescentes, défi et nécessité*, Québec, 1998, 25 pages.

MOUTQUIN, Jean-Marie et coll. *Comité d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatales*, Corporation professionnelle des médecins du Québec, Montréal, 1992, 38 pages.

- PARADIS, Ann-Frances et coll. *Programme d'éducation à la sexualité, volet «Parents» : guide pédagogique*, Ministère de l'Éducation, Québec, 1986, 88 pages.
- REMETE-CARDINAL, France. *Grossesse à l'adolescence : guide d'intervention pour un choix éclairé*, Éditions MultiMondes, Québec, 1999, 77 pages.
- RICHARD, Caroline et coll. *Connaissances des élèves des secondaires III à V en matière de santé sexuelle : état de situation dans Lanaudière*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, St-Charles-Borromée, février 2000, 26 pages.
- ROCHON, Madeleine. *Taux de grossesse à l'adolescence : Québec, 1980 à 1995, Régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge*, Service de la recherche, Direction générale de la Planification et de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1997, 38 pages.
- THÉBAULT, Marguerite, Gisèle FILION. *Grossesse et adolescence : revue de la littérature et éléments de problématique*, Département de santé communautaire de l'hôpital Saint-Luc, Montréal, 1984, 58 pages.
- THÉBAULT, Marguerite, Gisèle FILION. *Grossesse et adolescence : élaboration d'une stratégie globale d'intervention*, Département de santé communautaire de l'hôpital Saint-Luc, Montréal, 1985, 60 pages.
- THÉRIAULT, Yves. *Les problèmes de victimisation et d'adaptation chez les jeunes nord-côtières et nord-côtiers : facteurs de risque, prévalence et territoires vulnérables*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 1996, 174 pages.
- VERMETTE, Gabrielle, Andrée FAFARD. *Étude relative à la sexualité des jeunes de troisième, quatrième et cinquième secondaire*, Direction de la santé publique de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, 1998, 190 pages.