

Adolescence et sexualité : les enjeux de la prévention Adolescence and sexuality : the stakes in prevention

Monique Tessier

Volume 9, Number 2, November 1984

Regards sur les jeunes adultes

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030239ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030239ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Tessier, M. (1984). Adolescence et sexualité : les enjeux de la prévention. *Santé mentale au Québec*, 9(2), 64–73. <https://doi.org/10.7202/030239ar>

Article abstract

Studies of adolescent girls underline the limits of clinical services in the prevention of undesired pregnancies. This article concerns a study carried out at the St-Denis Youth Clinic with the aim of collecting data to permit the development of adequate preventive measures in work with the adolescent population. The author deals with factors linked to the development of the adolescent personality and presents two theories explaining preventive behaviour. She gives an account of evaluations of current practices in Quebec in relation to sexuality and contraception, and suggests avenues to pursue at different levels of prevention.

Adolescence et sexualité: les enjeux de la prévention

*Monique Tessier**

Des études effectuées auprès d'adolescents et adolescentes soulignent les limites des services cliniques dans la prévention des grossesses non désirées. Le présent article traite d'une recherche effectuée à la Clinique des Jeunes Saint-Denis dans le but de recueillir les données permettant de développer des mesures préventives adéquates auprès de la population adolescente. L'auteure y traite des facteurs reliés au développement de la personnalité adolescente et présente deux théories expliquant le comportement préventif. Elle rapporte des évaluations concernant les pratiques actuelles au Québec en matière de sexualité et de contraception, et suggère des pistes à suivre à divers niveaux de prévention.

Diverses études ont démontré une augmentation croissante des relations sexuelles à l'adolescence; ce phénomène s'accompagne d'un nombre important de grossesses non désirées, d'interruptions volontaires de grossesses, de même qu'une recrudescence des maladies transmises sexuellement.

De façon générale, les adolescentes âgées de 14 à 18 ans qui consultent en vue d'utiliser une méthode contraceptive, s'adressent la plupart du temps à un médecin, quelles que soient leur ignorance, leurs inquiétudes ou leurs résistances face à la contraception. D'ailleurs, le système de soins que nous connaissons au Québec encourage beaucoup la consommation de services cliniques dans le domaine de la contraception: en agissant ainsi les jeunes ne font que se conformer au modèle établi.

Selon nous, l'approche curative ne permet pas de répondre à un nombre important de besoins en matière de sexualité adolescente, car ces derniers ne peuvent être abordés que par une approche préventive.

Ainsi, l'expérience menée par des cliniques spécialisées dans la contraception auprès d'adolescents, révèle que souvent ces derniers ne recourent pas à une méthode de contraception dès le début de leurs relations sexuelles et que, lorsqu'ils en choisissent une, ils ont du mal à l'utiliser efficacement. Cette constatation démontre les limites de l'approche exclusivement curative auprès des adolescents.

De plus, les champs de pratique en matière de santé physique et mentale ne présentent pas de

modèles à partir desquels on peut bâtir des programmes d'action préventive. On ne trouve pas non plus de structures ou de lieux valorisant et supportant les adolescents dans de telles actions.

Nous avons donc entrepris une démarche de recherche dans le but de développer un modèle d'intervention auprès des adolescents sur une base préventive.

Afin d'élargir notre vision de la problématique de la sexualité adolescente, nous avons consulté diverses études effectuées sur le sujet au cours des dernières années. Nous avons aussi pris connaissance de l'évaluation effectuée par quelques chercheurs concernant les pratiques actuelles en matière de sexualité et de contraception au Québec.

Sur le plan théorique, nous avons relevé quelques études faisant état de diverses composantes du développement de l'adolescent; nous avons considéré des théories expliquant le comportement préventif et avons retenu un modèle d'application.

Les résultats de l'étude démontrent comment le comportement sexuel de l'adolescent est influencé par les étapes de son développement physique et psychologique. Ils nous aident à évaluer d'une façon réaliste l'application des théories préventives auprès des adolescents et nous suggèrent des pistes d'intervention à divers paliers de prévention.

PROBLÉMATIQUE

Faits reliés à la sexualité adolescente

LES RELATIONS SEXUELLES À L'ADOLESCENCE

Aux États-Unis, les travaux de Zelnik et Kantner (1980) révèlent une augmentation croissante du

* L'auteure est travailleuse sociale à la Clinique des Jeunes Saint-Denis.

taux des relations sexuelles chez les adolescentes non mariées entre 1971 et 1979; l'augmentation est passée de 30 % en 1971 à 50 % en 1979. Plusieurs études effectuées au Canada estiment au tiers la proportion des jeunes en milieu scolaire qui avaient déjà eu des relations sexuelles au moment de l'enquête (Meikle *et al.*, 1981; Tessier, 1983; Zelnik et Kantner, 1980). À la Clinique des Jeunes Saint-Denis, les adolescentes qui font appel à nos services ont un taux d'activités sexuelles (81,5 %) près de deux fois plus important que celles qui fréquentent l'école secondaire (42,1 %)!

L'âge moyen au moment des premières relations sexuelles varie entre 15 ans (Tessier, 1983) et 16 ans (Meikle *et al.*, 1981; Messier, 1981; Varin, 1982).

L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Une étude effectuée en Allemagne de l'Ouest (Meikle *et al.*, 1981) rapporte que 70 % des adolescents des deux sexes avaient utilisé des contraceptifs durant l'année précédant l'enquête; il faut souligner que l'éducation sexuelle en milieu scolaire est en vigueur de façon officielle dans ce pays depuis 1968. Au Canada, on a constaté que 95 % des adolescentes qui visitaient les cliniques offrant des services de contraception avaient eu des relations sexuelles avant de songer à la contraception (Hérolde). Une étude auprès d'étudiants des deux sexes du niveau secondaire à Calgary (Meikle *et al.*, 1981) rapporte que 54 % des jeunes ont utilisé un contraceptif lors des rapports sexuels précédant l'enquête.

Certains travaux démontrent qu'une proportion importante d'adolescentes deviennent enceintes dès leur première relation sexuelle ou dans les six premiers mois de leur vie sexuelle active (Cowell, 1976; Kantner, Zelnick et Zabin, 1979). Les adolescentes de 15 ans et moins sont reconnues comme une population plus à risque que leurs aînées, les auteurs ayant observé qu'elles utilisent moins facilement les méthodes contraceptives.

L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSES

Au Québec, on assiste à une décroissance importante de la fécondité¹ parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans (Statistique Canada, 1982). De plus, en même temps que diminue le taux de naissances vivantes hors mariage dans cette catégorie d'âge, le taux des avortements augmente. Au Québec, en

1980, près de 4 000 avortements auprès d'adolescentes ont été déclarés à la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (Régie de l'Assurance-Maladie du Québec, 1982).

LES MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT

La syphilis et la gonorrhée sont les plus connues. En 1980, la moitié des cas de gonorrhée déclarés au Québec se retrouvaient chez les 15 à 19 ans. Le rapport sur la santé des Québécois (ministère des Affaires sociales, 1983) rappelle que lorsqu'elle n'est pas traitée, la gonorrhée peut entraîner la stérilité chez l'homme comme chez la femme. Un des problèmes reliés au traitement et au contrôle de la gonorrhée est le fait que la maladie est souvent asymptomatique.

Comme on peut le constater à la lumière de ces données, la conduite préventive apparaît, à première vue, difficilement conciliable avec la personnalité adolescente. Plusieurs facteurs exercent une influence déterminante sur le comportement sexuel et contraceptif de l'adolescent: biologique, psychologique, cognitif et socio-culturel (Wilkins *et al.*, 1981). Pour influencer sur ce comportement, il faut tenir compte de toutes ces dimensions.

L'évaluation des pratiques actuelles

Il n'existe pas encore au Québec de programme officiel d'éducation sexuelle en milieu scolaire. En attendant, le ministère des Affaires sociales a mis sur pied un programme d'information sur les méthodes contraceptives et les maladies transmises sexuellement à l'intention des adolescents qui terminent leur cours secondaire (Tremblay, 1980).

Au Québec, les Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) ont été mandatés pour répondre aux besoins de la population en matière de planning des naissances. Parmi les 104 C.L.S.C. existants, presque la moitié, soit 45, disposent d'une équipe offrant des services spécifiques dans ce domaine. On en comptait 39 au mois de mai 1983 (Petitgros, 1983) et depuis, six nouvelles cliniques se sont ajoutées. Au cours de la dernière année, le ministère des Affaires sociales a aboli son programme de subvention en raison de restrictions budgétaires.

De plus, à Montréal, l'hôpital Sainte-Justine est reconnu pour distribuer de tels services, en raison de sa vocation spécialisée auprès des enfants et des adolescents.

Ces établissements relèvent du secteur public et se sont donnés comme objectif de prévenir des grossesses indésirées en favorisant le choix libre d'une méthode de contraception. Les moyens qu'ils utilisent s'inspirent du modèle médical et consistent à offrir des consultations individuelles; certains proposent aussi des séances d'information de groupe à leur clientèle. De façon générale, les intervenants des services psychosociaux entrent en action lorsque des problèmes personnels ou relationnels risquent d'entraver le succès de la démarche contraceptive ou encore lorsque le client en fait la demande.

Au Québec, quelques études se sont intéressées à l'impact auprès des bénéficiaires des services offerts en planning des naissances (Bouchard, 1983; Onetto, 1982; Varin, 1982) ainsi qu'au profil des jeunes qui fréquentent ces services (Tessier, 1983).

Un premier résultat ne risque pas de nous surprendre: les hommes ne représentent que 3 % de la clientèle des cliniques de planning des naissances des C.L.S.C. (Varin, 1982). Une seconde série de résultats concerne le modèle d'intervention dominant. Odette Bouchard (1983) constate que dans le milieu des C.L.S.C., les bénéficiaires font appel aux services d'un médecin cinq fois plus souvent qu'à ceux des intervenants psychosociaux. Mais de toute façon, la plupart des intervenants des services de santé et des services sociaux ont été formés sur la base du modèle thérapeutique où on privilégie la relation thérapeute-client. Or, les jeunes, comme les adultes, répondent bien à ce type de pratique: nos salles d'attente sont remplies et il s'écoule souvent un délai de deux semaines avant de pouvoir fixer un rendez-vous à un adolescent.

Malgré cette attitude en apparence passive des adolescents, leurs relations avec les intervenants n'en demeurent pas moins ambivalentes et rendent difficile tout processus d'évaluation. Ainsi, à l'hôpital Sainte-Justine, le docteur Nicole Onetto (1982) a observé que seulement 24 % des adolescentes inscrites à un programme de recherche se sont conformées totalement aux exigences du programme. Autre exemple, les adolescentes, qui se sont présentées à la Clinique des Jeunes Saint-Denis durant la période d'expérimentation de notre recherche, soupçonnaient déjà une grossesse dans 39.5 % des cas (Tessier, 1983).

L'évaluation des services existants confirme le fait que l'approche ne peut réussir, à elle seule, à

prévenir des grossesses non désirées chez les adolescentes. La persistance de l'approche strictement curative, la négligence des facteurs psychosociaux et le fait d'exclure, d'une façon, les garçons comme population-cible, constituent, à notre avis, des handicaps sérieux à la promotion de comportements préventifs.

Le développement de l'adolescent

LA DIMENSION BIOLOGIQUE

Depuis les cent dernières années, on observe une maturation plus rapide dans le développement physique des enfants et cette tendance se traduit particulièrement par une diminution de l'âge de la ménarche. Dans les pays occidentaux, son âge moyen se situe vers 12,8 ans (Tanner, 1972). Ces chiffres se vérifient dans notre étude où l'âge moyen de la ménarche se situe à 12,4 ans.

L'apparition des caractères sexuels oblige les adolescents à s'ajuster aux modifications rapides de leur corps en dépit du fait qu'ils ne sont pas toujours bien préparés à ces changements. En effet, la maturité physique d'un adolescent survient plus tôt que sa maturation socio-affective.

LA DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

Dans cette section nous traiterons plus particulièrement de la perception qu'ont les adolescentes des relations qu'elles entretiennent avec leurs parents, avec leurs amies et avec les garçons. L'adolescence est perçue par plus de la moitié des sujets de notre étude comme une période plus difficile à vivre que les autres périodes de la vie.

Certains auteurs constatent que les adolescents qui entretiennent une relation affective stable avec un partenaire de l'autre sexe sont peu intéressés par leur avenir et ont une faible estime d'eux-mêmes (Josselson *et al.*, 1977). Nos résultats diffèrent beaucoup des leurs à ce propos. À l'inverse, chez les adolescentes de notre étude, le fait d'être engagée émotionnellement dans une relation avec un garçon ne constitue pas en soi un critère d'immaturité. Au contraire, les répondantes semblaient autonomes et présenter une bonne estime d'elles-mêmes.

Interrogées sur leur perception de l'avenir, les adolescentes se sont déclarées très optimistes quant à leurs chances de réussir dans la vie et ce, dans plus de 80 % des cas dans les deux groupes².

- *Les relations parents-adolescents.* Les activités sexuelles adolescentes constituent un défi majeur à l'harmonie de leurs relations avec leurs parents. Parmi les répondantes à notre enquête ayant déjà eu des relations sexuelles, 24 % ont déclaré que leurs parents étaient au courant, 39 % que leurs parents avaient des doutes, et 36 % d'entre elles étaient certaines que leurs parents ignoraient leurs activités sexuelles. Les adolescentes justifient leur silence par crainte de la réaction des parents et par gêne.

- *Les relations avec les amies.* Les résultats les plus importants de notre recherche portent sur l'importance des relations avec les amies. Invitées à choisir parmi une dizaine de personnes, les adolescentes de l'ensemble de l'échantillon ont reconnu très majoritairement les amies du même sexe comme les interlocutrices privilégiées pour parler de sexualité. Les adolescentes du groupe expérimental ont aussi donné le premier rang aux amies du même sexe lorsqu'elles ont indiqué les personnes qui leur étaient les plus significatives. Dans le groupe témoin, les amies occupent le deuxième rang derrière la mère.

Les sujets du groupe expérimental ont à nouveau démontré l'influence de leurs pairs en indiquant avoir été référées à la clinique par une amie dans 64 % des cas.

- *Les relations avec les garçons.* Les adolescentes appartenant au groupe où on retrouve le plus de sujets ayant moins d'activités sexuelles se sont montrées très déçues de leur communication avec les garçons. Elles les considèrent immatures et déplorent de ne pas pouvoir parler sérieusement avec eux, ces derniers étant trop pressés d'avoir des relations sexuelles.

Quant aux adolescentes du groupe expérimental, elles éprouvent une certaine gêne à se montrer nues et au cours des activités sexuelles, elles se sentent aussi bousculées par la pression des garçons à avoir des relations sexuelles sans protection contraceptive.

LA DIMENSION COGNITIVE

En ce qui a trait aux connaissances, les trois quarts des sujets des deux groupes sont d'avis que les jeunes font semblant d'en savoir plus sur le sexe qu'ils n'en savent vraiment. De plus, des chercheurs ont démontré que les connaissances à elles seules

ne sont pas suffisantes pour encourager les adolescents à adopter un comportement contraceptif (Cobliner, 1974 ; Cvetkovich *et al.*, 1975).

Les personnes auprès desquelles les sujets de notre étude vont chercher les informations sur la contraception sont, dans l'ordre, les amies du même sexe, le partenaire et la mère. Toutefois, les sujets appartenant au groupe d'adolescentes peu actives sexuellement, ont accordé le premier rang à la mère et le second, au père et aux amies.

Il est intéressant de souligner que c'est dans le groupe où on retrouve la plus grande proportion de filles actives sexuellement qu'on mentionne un plus grand besoin de connaissances en contraception (25,8 %) ; les sujets du groupe témoin ne s'intéressent à ces questions que dans 6,6 % des cas. Dans le premier groupe, les adolescentes se sont aussi montrées plus intéressées que les autres à apprendre à examiner leur vulve, à identifier leur glaire cervicale et à reconnaître leur période fertile.

LA DIMENSION SOCIO-CULTURELLE

Dans une recherche américaine effectuée à partir d'un échantillon national de 2 193 adolescentes célibataires âgées de 15 à 19 ans, Zelnik (1980) observe que les adolescentes provenant de milieux où les parents sont plus scolarisés ont moins tendance à s'engager dans des activités sexuelles et utilisent davantage la contraception lorsqu'elles ont de telles activités. Au contraire, les adolescentes provenant d'un milieu où le niveau d'éducation est limité s'engagent plus tôt dans des relations sexuelles et n'utilisent pas ou peu de méthodes contraceptives. Meikle *et al.* (1981) ont aussi observé que leurs sujets provenant des milieux socio-économiques les moins élevés avaient des relations sexuelles dans 44,5 % des cas, comparativement à 30 % des sujets de classe moyenne et à 25 % des sujets des milieux les plus favorisés. L'expérience clinique vécue au centre hospitalier de Sainte-Justine dégage aussi les mêmes constatations (Wilkins, 1981). Toutefois les résultats de notre étude n'ont pas permis d'établir une telle corrélation entre le niveau économique et le taux de relations sexuelles (Tessier, 1983).

En ce qui a trait aux attitudes, les adolescentes du groupe expérimental sont apparues plus favorables (70 %) aux relations sexuelles d'une fille de 16 ans qui est en amour, comparativement à celles du

groupe témoin (48,9 %) où, rappelons-le, on retrouve un taux beaucoup plus faible de personnes actives sexuellement.

Les sujets des deux groupes sont toutefois d'accord pour affirmer que l'amour est une condition essentielle pour avoir des relations sexuelles.

Le mariage semble une institution en perte de popularité chez les jeunes, si on compare nos résultats avec ceux publiés par le ministère de l'Éducation en 1980 (ministère de l'Éducation, 1980). Selon les données publiées par le ministère, plus des trois quarts des jeunes prévoient se marier religieusement ou civilement, ce n'est le cas que de seulement la moitié des adolescentes de notre échantillon, les autres prévoyant surtout vivre avec un homme sans être mariées.

Les stéréotypes sexuels concernant le rôle de la femme ont aussi moins d'emprise sur les jeunes, plus de la moitié des sujets de notre étude prévoyant poursuivre leur travail tout en ayant des enfants.

En ce qui a trait à leur orientation scolaire, on observe que plus les sujets entrevoient une scolarité poussée, moins leur choix de carrière est stéréotypé.

L'étude des diverses dimensions du développement de la personnalité adolescente permet une meilleure compréhension du comportement sexuel ainsi que des résistances à la contraception. Cette réalité suggère que nous élargissions notre vision de l'expérience vécue par les adolescents qui se présentent à nos services pour obtenir une méthode contraceptive.

La prévention

Les propos de cet article étant de préciser les enjeux de la prévention auprès des jeunes, il apparaît nécessaire de s'entendre sur des notions de prévention, de considérer certaines théories et d'en évaluer l'applicabilité en fonction de la réalité que nous avons décrite.

Lorsqu'on parle de prévention, il faut distinguer trois paliers d'intervention. D'abord, la prévention primaire vise à empêcher l'apparition de symptômes et à favoriser le prolongement d'un état de santé optimal; la prévention secondaire intervient rapidement après l'apparition des symptômes et enfin, la prévention tertiaire intervient pour soulager et traiter des conditions chroniques irréversibles.

Les mesures qu'on a surtout développées jusqu'à maintenant auprès des adolescents relèvent de la prévention secondaire et de la prévention tertiaire.

Le développement de la prévention primaire exige une redéfinition de la santé, indépendamment du modèle thérapeutique. Son application concrète implique une pratique médicale et psychosociale où, selon Saucier et Steinberg (1979), il y a place et intérêt pour l'adolescent n'ayant pas de problème de santé ou de contraception. Une conception aussi élargie de la santé fait donc appel à une nouvelle médecine apparentée au concept de médecine globale élaboré par Marc Lalonde (1974) qui s'intéresse à l'origine et aux priorités du système de valeur comme déterminants des habitudes de vie. Ce concept se préoccupe aussi de la nature des obstacles qui se dressent entre les connaissances et les applications de ces connaissances dans une perspective de prévention.

Dans leur recherche sur la prévention auprès de 4 500 adolescents de niveaux secondaire et collégial dans la région métropolitaine, Saucier et Steinberg (1979) réfèrent à Rokeach (1973) et Rosentock (1974) pour asseoir les bases théoriques du comportement préventif.

Rokeach (1973) soutient que les valeurs sont modifiables chez les individus et que si l'on parvient à en modifier ou à en changer une, il en résulte des changements systématiques dans les attitudes et les comportements.

Selon le modèle de *Rosentock* (1974), toute perception et tout comportement sont déterminés par une motivation sous-jacente qui peut être positive (aspirer à quelque chose) ou négative (éviter l'occurrence de quelque chose). Selon Rosentock, trois classes de facteurs sont à la base des comportements préventifs: a) une certaine prédisposition à agir déterminée par: – la perception qu'a l'individu de sa propre vulnérabilité, et – la perception de la gravité et des dangers encourus; b) la perception de solutions accessibles et pratiques; c) des événements déclencheurs d'action.

Une fois posés certains jalons théoriques, nous nous pencherons plus particulièrement sur une formule prometteuse dans le domaine de la prévention qui nous occupe, soit le «counseling des pairs».

Le «counseling des pairs»

La formule du «counseling des pairs» apparaît comme un des événements déclencheurs d'action

que préconise Rosentock (1974) pour encourager et supporter les adolescents dans une démarche contraceptive efficace et pour favoriser un mieux-être dans leur sexualité. Nadeau (1983) traduit ainsi la définition du co-conseil, empruntée à Kar (1979) :

«... le co-conseil consiste essentiellement à apprendre aux étudiants à s'intéresser aux autres et à s'occuper des autres. Il repose fortement sur la faculté de communiquer afin de faciliter la reconnaissance de soi et la prise de décision. Les co-conseillers ne sont ni des orienteurs professionnels, ni des thérapeutes. Ce sont des étudiants qui, sous surveillance, viennent en aide à leurs semblables qui éprouvent des difficultés, pour les amener à voir clair et à mieux réfléchir.» (Kar, 1981, 3-4).

De nombreuses expériences de ce type ont été tentées, particulièrement aux États-Unis (Ayal *et al.*, 1972; Welbourne, 1975). Au Québec, une recherche-action subventionnée par le gouvernement fédéral est présentement en cours à Rimouski; le projet vise à favoriser la circulation de l'information sexuelle par le canal des groupes de jeunes conseillers dans leurs réseaux respectifs (Nadeau, 1983).

Les expériences de «counseling des pairs» s'inspirent de la formule des groupes d'entraide. La contribution des intervenants consiste à créer ou à consolider des réseaux de jeunes aidants, à assurer à ces jeunes une formation qui leur permettra d'aider leurs pairs et enfin, à soutenir les effets multiplicateurs de leur action. En ce qui a trait à la formation, on s'entend sur la nécessité de développer des habiletés en termes de *savoir* (connaissances) et de *savoir être* (connaissance de soi). Quant au *savoir faire*, certains favorisent l'enseignement de techniques de la relation d'aide, alors qu'à l'opposé, d'autres intervenants croient essentiel de respecter et d'encourager le caractère spontané du soutien que les adolescents se donnent mutuellement.

L'évaluation de ces expériences (Tessier, 1983) révèle les éléments suivants :

- a) En plus des services importants offerts par les étudiants qui aidaient les autres, on a constaté que le service rendu devenait aussi bénéfique pour l'aidant que pour l'aidé.
- b) Cette forme de service contribue à rompre l'isolement qui caractérise beaucoup d'adolescents et crée chez eux un sentiment d'appartenance.
- c) Les adolescents sont préoccupés par le sentiment d'être utiles et aspirent à des projets de type «humanitaire».

- d) De façon générale, les services de consultation formelle pour adolescents sont limités : cette formule d'aide permet de rejoindre d'une façon préventive un plus grand nombre d'adolescents.
- e) Les adolescents peuvent s'entraider dans plusieurs aspects de leur vie : soutien académique, problèmes personnels, relations avec les parents, développement d'habiletés sociales, etc.
- f) L'expérience d'aide comme telle, ainsi que la formation qui s'y rattache constituent une forme de croissance personnelle pour les aidants.
- g) Selon les professeurs et les professionnels, l'expérience est devenue une activité favorisant la promotion de la santé mentale des adolescents dans les écoles où elle s'est déroulée.
- h) Finalement, pour les intervenants, cette forme de service constitue un excellent moyen permettant de mieux connaître les adolescents et d'identifier leurs besoins.

Ainsi, contrairement au modèle médical, le co-conseiller ne mise non pas sur les problèmes des adolescents mais plutôt sur leurs ressources, sans nier leurs besoins pour autant. Ces derniers trouvent leur réponse tant dans la formation reçue que dans l'aide même qu'ils apportent à l'autre.

Il apparaît donc non seulement souhaitable, mais rentable, de considérer les adolescents non pas comme des récepteurs passifs mais plutôt comme des partenaires actifs dans la formulation et l'opérationnalisation des programmes destinés à leur venir en aide.

LE PROJET DE RECHERCHE

Le développement de mesures préventives comme le co-conseil exige une connaissance précise de la population adolescente. Nous avons donc procédé à une cueillette de données sur les thèmes suivants : données démographiques, perception de soi, vie familiale, vécu sexuel, attitudes face à la sexualité et à la contraception, santé physique et mentale, perspectives d'avenir, intérêt face à de nouvelles alternatives d'intervention (Tessier, 1983). Nous avons constitué notre échantillon à partir de 152 sujets partagés en deux groupes de 76 adolescentes âgées de 14 à 17 ans inclusivement. Le groupe expérimental incluait des adolescentes qui se présentaient à la Clinique des Jeunes Saint-Denis pour la première fois. Le groupe témoin était composé d'adolescentes qui, à ce moment, ne s'étaient jamais prévaluées des services de la Clinique et qui

fréquentaient une école secondaire de l'Île de Montréal. Nous avons jumelé les groupes en tenant compte de l'âge des sujets, de leur degré de scolarité et du niveau socio-économique de la famille.

Comme les principaux résultats de cette recherche empirique ont été présentés dans la problématique, nous ne les répéterons pas. Nous présentons plutôt ceux qui permettent de critiquer les bases théoriques de la prévention.

Bases théoriques de la prévention et nos résultats

Les valeurs sont reconnues comme un facteur important du comportement préventif; les besoins exprimés par les sujets de notre étude indiquent que les programmes d'intervention à l'intention des adolescents doivent accorder une place de choix à des échanges entre les adolescents et non se limiter à la transmission d'informations factuelles.

La motivation, perçue elle aussi comme un critère important du comportement préventif, a besoin d'être développée et soutenue en matière de contraception et de prévention. On constate que les adolescentes vivent des contradictions importantes dans leur vie sexuelle, tiraillées entre leur amour et leur désir pour le partenaire et les interdits concernant les comportements sexuels à cet âge. Les relations sexuelles ont lieu à l'insu des parents et les adolescentes craignent de faire appel aux services de professionnels pour obtenir une méthode contraceptive.

Les adolescentes sont aussi conscientes de leurs difficultés à adopter des comportements préventifs en matière de vie sexuelle. Celles qui ont été rencontrées à la Clinique des Jeunes Saint-Denis ont d'avis que de façon générale, les jeunes ont des relations sexuelles avant d'utiliser des méthodes contraceptives. Elles estiment aussi qu'ils font semblant d'en savoir plus sur la sexualité et la contraception qu'ils en savent vraiment et que les adolescents ne savent pas où aller chercher les informations dans ce domaine. De plus, les adolescentes éprouvent de la difficulté à communiquer avec leurs parents et à aborder ouvertement avec eux les questions touchant la sexualité.

La conduite à risque caractéristique chez les adolescentes illustre très bien la difficulté qu'éprouvent ces dernières à percevoir les dangers auxquels elles s'exposent. Elle traduit aussi une autre contradiction entre les attitudes des adolescentes et leur comportement face à la contraception.

CONCLUSION

Le comportement sexuel à l'adolescence n'a plus à être considéré comme un critère de marginalité et il ne devrait plus être interprété comme un indice de mésadaptation psychologique ou sociale. Notre société éprouve par ailleurs de la difficulté à s'ajuster à la réalité des adolescents et entretient beaucoup de confusion chez eux, lorsqu'elle favorise un climat de grande permissivité sexuelle en même temps qu'elle refuse de reconnaître les préoccupations des adolescents dans ce domaine.

Nous rappellerons ici quelques faits identifiés au cours de notre recherche qui sont susceptibles d'offrir des pistes intéressantes aux divers niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire

a) Les adolescents entreprennent très tôt leurs premières expérimentations dans tous les domaines; les sujets de notre étude ont commencé à fumer à 12,3 ans, à consommer de la drogue à 14 ans et ont eu leur première relation sexuelle entre 14 et 15 ans. Ces résultats suggèrent que pour qu'elles soient préventives, des actions doivent être initiées avant 12 ans, c'est-à-dire avant l'âge des premières expériences. Nous croyons aussi que les différents domaines d'expérimentation (cigarettes, drogue, sexe) ne doivent pas être considérés isolément, mais plutôt faire l'objet d'une approche globale visant chez les jeunes la prise en charge de leur santé et le développement de leur sens de responsabilité.

Selon Camille Bouchard (1983) les services de prévention primaire doivent «viser l'accroissement des ressources personnelles et communautaires plutôt que l'élimination des incompétences individuelles» (Bouchard, 1983, 144). C'est ainsi qu'il distingue les objectifs de promotion de ceux de la prévention.

b) Plus de la moitié des sujets de notre étude voient l'adolescence comme une période plus difficile à vivre que les autres périodes de la vie. La majorité considèrent aussi la communication avec les parents comme un problème prioritaire.

De plus, la présence de conflits personnels chez les adolescentes, l'anxiété qui se traduit par la nervosité, les maux de tête et les troubles de sommeil sont des signaux qui traduisent un état de stress et qui devraient retenir notre attention.

Ces résultats témoignent de l'état de vulnérabilité dans lequel se trouve l'adolescent en période de maturation. Nous croyons que les intervenants devraient mettre l'accent sur le développement de mesures de soutien et de renforcement auprès des jeunes dans la recherche de leur autonomie, qu'ils devraient se préoccuper de les aider à faire face à l'anxiété ou au stress qui tient une place importante dans leur vécu, plutôt que d'attendre que les situations éclatent et que l'adolescent éprouve des difficultés de fonctionnement. Bouchard (1983) rappelle que la prévention primaire exige la reconnaissance du travail des non-professionnels et suggère l'intégration des intervenants comme des partenaires égaux dans les groupes formés par les non-professionnels.

La formule du co-conseil s'avère toute indiquée dans ce sens et pourrait fort bien se concrétiser dans une concertation entre les diverses instances du réseau, les écoles, les maisons de jeunes et les organismes communautaires.

c) La difficulté d'établir une communication réelle et satisfaisante avec les garçons est aussi apparue comme une préoccupation très répandue chez les filles que nous avons interviewées. Cette observation vient appuyer les projets d'éducation sexuelle en milieu scolaire ou autre, où on privilégie les échanges entre les jeunes à partir de leurs attitudes, de leurs besoins et de leurs attentes face à la sexualité et aux relations gars-filles, plutôt que se limiter à la transmission d'informations factuelles sur l'anatomie, la contraception et les maladies transmises sexuellement.

d) Le fait qu'une adolescente ait un partenaire stable semble justifier une démarche contraceptive puisque 94 % des sujets de notre étude qui ont déclaré avoir un partenaire ont aussi reconnu avoir eu des relations sexuelles avec lui au cours des six mois précédant la recherche. Parents et intervenants ont donc à être vigilants en pareille situation.

e) Bien qu'au niveau des attitudes, les filles considèrent majoritairement que la responsabilité de la contraception appartient autant aux garçons qu'aux filles, il faut déplorer le faible niveau de participation de ces derniers. Il faut aussi admettre que nous n'avons pas fait beaucoup d'efforts spécifiques dans nos stratégies pour rejoindre une clientèle masculine.

La prévention secondaire et tertiaire

Certes, les Centres locaux de services communautaires doivent poursuivre un rôle actif dans la distribution des services cliniques tant médicaux que psychosociaux auprès des adolescents. Ces établissements doivent donc mettre sur pied, ou développer selon le cas, des services de qualité à l'intérieur d'un climat et d'une approche qui tiennent compte des besoins spécifiques des adolescents (chaleur, non-jugement, confidentialité). Les services cliniques des C.L.S.C. doivent de plus faire un effort afin d'augmenter leur accessibilité à la clientèle des jeunes.

Quand aux services relevant de la prévention tertiaire, il appartient aux intervenants d'accompagner les jeunes dans l'ambivalence et la prise de décision face à une grossesse non désirée. Le mouvement amorcé par les C.L.S.C. en vue de rendre plus accessibles les interruptions volontaires de grossesse doit être soutenu et développé; en même temps, il faut veiller à humaniser et à réduire le caractère médical de l'interruption volontaire de grossesse.

Le rôle du secteur privé

Le Québec est une des provinces les mieux organisées au Canada en matière de services sociaux et de services de santé. On pourrait croire qu'un tel contexte favorise l'action préventive. Au contraire, les Québécois ont été habitués à confier leurs problèmes aux institutions de l'État, leur cédant du même coup la prise en charge de leur santé physique et mentale.

Il y a quelques mois, la sous-ministre-adjoint aux Affaires sociales, madame Jeanne-d'Arc Vaillant, s'adressait aux participants du Symposium international des assistants sociaux (Bonhomme, 1984) et dénonçait une bureaucratisation des rapports entre les travailleurs sociaux et leurs clients. Elle fit aussi état de la difficulté pour les intervenants de garder contact avec la réalité de leur clientèle en signalant même une «perte d'emprise sur le quotidien».

Une étude commandée par le Child Welfare Committee de Montréal et présentée au cours de cette année à la Table centrale de la Protection de la Jeunesse du Québec, évaluait à 0,02% la proportion du budget que le gouvernement provincial accorde à la prévention (Dowie, 1984).

Pour sa part, la Direction de la recherche du ministère du Solliciteur Général du Canada soutient que la prévention n'est pas réalisable parce que les résultats en sont difficiles à évaluer. En conséquence, on est d'avis que mieux vaut investir les subventions de recherche sur les clients et les victimes! Une telle vision peut expliquer les problèmes de financement des organismes qui font de la prévention.

Pourtant, dans sa conférence, madame Vaillant voit la nécessité, pour les intervenants de l'État, d'une «mobilisation du secteur volontaire dans une perspective de partnership véritable».

Même si les établissements du secteur public font un effort de déprofessionnalisation, ils sont confrontés au danger constant de perdre de vue la réalité des jeunes, en raison de la complexité de leur organisation.

Un piège menace les activités d'entraide ou de co-conseil: c'est celui de la récupération de cette formule par le secteur public, considérant cette nouvelle approche comme une solution économique qui justifie une intervention minimale des professionnels.

Il faut prévenir l'institutionnalisation des groupes d'entraide et garder bien en vue les principes qui sont à la base de ces groupes, c'est-à-dire favoriser une action plus proche des besoins réels, rendre les services plus accessibles et distinguer entre une demande et un problème.

Jusqu'à maintenant, on reconnaît que le secteur privé (c'est-à-dire non financé par l'État) s'est prévalu du rôle dans ce domaine; ses actions ont été rendues possibles par le moyen d'organisations bénévoles et de services subventionnés par des organismes de charité ou des fondations privées. Le secteur privé travaille surtout au rapprochement entre l'individu et son milieu social et a développé une expertise dans le domaine. Dans le cas des organismes se préoccupant des jeunes, ils se sont révélés des acteurs importants dans la défense de leurs droits et la promotion de meilleures conditions de vie.

Certains traits distinguent les organismes du secteur privé de ceux du secteur public: ils sont d'abord très représentatifs de la population à laquelle ils s'intéressent. Dans le cas des organismes de jeunesse, les jeunes sont souvent partie prenante des équipes d'intervenants et parfois même du conseil d'adminis-

nistration. Les clientèles sont ainsi directement associées à tout le processus d'intervention, ce qui favorise hautement la prise en charge de leur situation par eux-mêmes.

Les organismes relevant du secteur privé sont en quelque sorte des laboratoires propres à l'innovation et à l'expérimentation. Ils constituent un terrain fort propice à la recherche-action. Les résultats ont permis de créer de nouvelles alternatives d'intervention que les intervenants du secteur public ont souvent retenues.

Le secteur privé devient donc un partenaire nécessaire à l'État. Les preuves étant faites, il appartient maintenant aux différents bailleurs de fonds, qu'il s'agisse des gouvernements, de fondations privées ou autres, de reconnaître le caractère indispensable de leur contribution et, en conséquence, de les soutenir financièrement. Nous aurons beaucoup à gagner si nous accordons une place aux jeunes dans la composition de nos équipes et dans la planification de nos activités.

La perspective de l'année 1985 est une occasion rêvée pour dépasser l'utopie de la prévention; il faudra toutefois que nous soyons prêts à inverser les rôles et permettre aux adolescents de devenir nos conseillers.

NOTES

1. Le taux de fécondité est le nombre de naissances vivantes pour mille femmes appartenant à une tranche d'âge.
2. L'échantillon de notre étude était composé de 152 adolescentes âgées entre 14 et 18 ans. Pour des fins méthodologiques, nous l'avons réparti en deux groupes: le groupe expérimental comprend les adolescentes qui fréquentaient la clinique des Jeunes St-Denis. Le groupe témoin réfère à des adolescentes qui fréquentaient une école secondaire de l'Île de Montréal et qui ne s'étaient jamais présentées à la clinique des Jeunes St-Denis.

RÉFÉRENCES

- AYAL, H., BEKERMANN, R., Peer counselling. A means of actualizing adolescents' helping potential, *British Journal of Guidance and Counselling*, 6, 204-214.
- BONHOMME, J.P., 1984, Québec veut rapprocher les travailleurs sociaux des besoins de la famille, *La Presse*, le 2 août.
- BOUCHARD, C., 1983, L'intervention psychosociale et la violence envers les enfants: une réflexion critique sur la pratique québécoise, *Santé mentale au Québec*, VIII, novembre, 140-6.
- BOUCHARD, O., 1983, *La planification des naissances dans les C.L.S.C. du Québec*, Vol. II, *Les services de consultation: organisation, fonctionnement et population desservie*, Université Laval, Bibliothèque Nationale du Québec, Québec, juin.

- COBLINER, W.G., 1974, Pregnancy in the single adolescent girl, the role of cognitive functions, *Journal of Youth and Adolescence*, 3, 1, 17-28.
- COWELL, C.A., 1976, *The Adolescent and Contraception, an Exploration of the Limitations of Contraception*, Don Mills, Ontario, Ortho Pharmaceutical Canada Ltd.
- CVETKOVICH, G. & GROTE, B., On the psychology of adolescents use of contraceptives. *Journal of Sex Research*, 1975, 11, août, 256-269.
- DOWIE, V., 1981, *Statement prepared for the Consideration of the ad hoc Committee of the Board of Directors of the Ville Marie Social Service Center*, Montréal.
- HEROLD, E., Report on teenagers use of birth control clinics. Dans la Fédération pour le planning des naissances du Canada, *News Release*, Ottawa.
- JOSSELYN, R., GREENBERGER, E., MC CONOCHIE, D., 1977, Phenomenological aspects of psychosocial maturity in adolescence, Part 1. Boys, *Journal of Youth and Adolescence*, 6, 1, 25-53.
- KANTNER, J.F., ZELNIK, M., ZABIN, L., 1979, The risk of adolescent pregnancy in the first months of intercourse, *Family Planning Perspectives*, 11, 4, 215-222.
- KAR, S.B., MARCUS, E., RYKVALDER, A., SERKO, L., TELL, E., 1979, Pregnancy risk-taking among young unmarried women; an analysis of its determinants and prevention, *Patient Counselling and Health Education*, Summer-Fall, 1, 151-163.
- LALONDE, M., 1974, *Nouvelle perspective de la santé des canadiens*, Ministère de la Santé et du Bien-Être social, Info-Canada, Ottawa.
- MEIKLE, S., PEARCE, K., PEITCHINIS, J., PYSH, F., 1981, *An Investigation into the Sexual Attitudes, Knowledge and Behavior of Teenage School Students*, Calgary, A grant from the United Way of Calgary, 1981, 143 p.
- MESSIER, C., 1981, *La sexualité : vécu et opinions d'un groupe de jeunes*, Comité de la protection de la jeunesse, ministère de la Justice, septembre.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, 1980, *Document d'information. Situation actuelle et situation désirée en regard de l'éducation sexuelle*, Québec, Éditeur officiel du Québec, octobre.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, 1983, Des problèmes prioritaires, Dans *La Santé des Québécois*, Conseil des Affaires Sociales, ministère des Affaires sociales, Québec, Éditeur Officiel du Québec.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, 1972, *Orientations en matière de planification des naissances*, Québec.
- NADEAU, B., 1983, *L'entraide chez les jeunes : perspectives d'intervention et de recherche*. Allocution présentée au Colloque de la Fédération des C.L.S.C. sur l'approche communautaire auprès des 0-18 ans, Montréal.
- ONETTO, N., 1982, *La contraception de l'adolescente et ses aspects spécifiques : une expérience canadienne*, Thèse de doctorat non publiée, Université René Descartes, Paris.
- PETITGROS, J., 1983, *Programmes en planning des naissances dans les C.L.S.C., État de situation sommaire*, ministère des Affaires sociales, Québec, mai.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, 1982.
- ROKEACH, M., 1973, *The nature of human values*, New York, The Free Press, Division of Mac Millan Publishing Co.
- ROSENSTOCK, I.M., 1974, The Health belief model and preventive health behavior, in M.H. Becker, Ed., *Health Education Monograph*, Thorofare, Charles B. Slack, 2.
- SAUCIER, J.F., STEINBERG, M., 1979, *Adolescents et prévention, Rapport préliminaire*, Section des Sciences du comportement, Département de Psychiatrie, Université de Montréal.
- STATISTIQUE CANADA, *Sortie informatisée, Recensement 1976*, juin 1982.
- TANNER, J.M., 1972, *Twelve to sixteen : early adolescence*, New York, Jerome Kagan and Robert Colt, W.W. Norton Cie.
- TESSIER, M., 1983, *La Clinique des Jeunes Saint-Denis : profil des bénéficiaires*, Thèse de maîtrise non publiée, École de Service Social, Université de Montréal.
- TREMBLAY, J., 1980, Programme d'information préventive en milieu scolaire. Programmes en planning des naissances, *Résumé des orientations transmises par les représentants du ministère des Affaires sociales*, déc., 1-4.
- VARIN, C., 1982, *La planification des naissances dans les C.L.S.C. du Québec, vol. 1. Description des bénéficiaires et impact de la consultation*, Université Laval, Bibliothèque nationale du Québec, Québec, avril.
- WELBOURNE, A.K., 1975, A peer approach to adolescent sexual information and help, *Counseling Psychologist*, 5, 1, 77-80.
- WILKINS, J., ONETTO, N., FRAPPIER, N.Y., 1981, La sexualité à l'adolescence : phénomène pluridimensionnel, *L'Union Médicale*, 110, 3, 3-6.
- ZELNIK, M., KANTNER, J.F., 1980, Sexual activity, contraceptive use and pregnancy among metropolitan area teenagers : 1971-1979, *Family Planning Perspectives*, 12, 230-237.
- ZELNIK, M., 1980, Parents' educational level plays keyrole in daughters' sexual activity, *Sexuality Today*, 3, 3-4.

SUMMARY

Studies of adolescent girls underline the limits of clinical services in the prevention of undesired pregnancies. This article concerns a study carried out at the St-Denis Youth Clinic with the aim of collecting data to permit the development of adequate preventive measures in work with the adolescent population. The author deals with factors linked to the development of the adolescent personality and presents two theories explaining preventive behaviour. She gives an account of evaluations of current practices in Quebec in relation to sexuality and contraception, and suggests avenues to pursue at different levels of prevention.