CREMIS

Centre de recherche de Montréal
sur les inégalités sociales
et les discriminations

L'offre de services en santé sexuelle destinés aux jeunes de Montréal : quelle adaptation aux besoins et quelle accessibilité

Estelle Carde

Évelyne Baillergeau

www.cremis.ca

Octobre 2013

Table des matières

INTRODUCTION 5

ENGLISH SUMMARY 8

PARTIE I - LES DIFFICULTÉS DES JEUNES POUR AVOIR ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE 10

Les jeunes : de la difficulté à identifier leurs besoins 10
De l'absence de préoccupation à la prise de conscience de leurs besoins 10
Connaissances erronées 11
Les « mythes » 12
La « pensée magique » 12
La pornographie 12
Niveau de connaissance variable selon les caractéristiques des jeunes 13
Le sexe 13
L'âge 13
Le niveau socio-économique 14
Le niveau de scolarité 14
L'accès à Internet 14
Méconnaissances spécifiques selon les risques 15
ITSS 15
Contraception 15
Difficultés à transposer les connaissances théoriques dans le quotidien des relations amoureuses 15
L'accès parfois difficile aux informations sur les services qui leur sont offerts 16
Quelqu'un d'ouvert 17
Les amis 17
Les travailleurs de rue 17
Les infirmières scolaires 17
Les parents 18
Les professeurs 18
Internet 18

Les services offerts : de la difficulté à les adapter au plus près des besoins des jeunes 18
En clinique jeunesse : l'organisation 18
Heures d'ouverture 18
Accueil 19
Localisation 19
Âges d'admissibilité 19
Paiement 19
Délais d'attente 20
En clinique jeunesse : les types des services délivrés 20
Santé sexuelle seulement versus ouverture sur d'autres spécialités 21
Test d'ITSS 21
En milieu scolaire : la place de l'éducation versus celle de la clinique 21

PARTIE II - DES INTERVENTIONS POUR ATTÉNUER CES DIFFICULTÉS 23

Pour améliorer les connaissance des besoins 23

Les intervenants des cliniques jeunesse 23
Les intervenants non spécialisés en santé sexuelle 23
Les infirmières scolaires 24
Les campagnes sur la contraception et les ITSS 25

Pour améliorer les connaissances des services 25
Les intervenants hors réseau public de santé 25
Les intervenants des cliniques jeunesse 25

Pour atténuer l'impact des méconnaissances sur l'organisation de l'offre de services 25

Pour améliorer l'adéquation des services en clinique jeunesse 26
Revoir l'organisation 26
Salle d'attente 26
Rendez-vous 26
Heures d'ouverture 26
Téléphone 27
Équipe de travail 27
Critères d'âge 27
Élargir l'offre de services 28
Ouvrir plus largement que la santé sexuelle 28
Suivis à long terme 28

PARTIE III - REVUE DE LITTÉRATURE NATIONALE ET INTERNATIONALE SUR LA SANTÉ SEXUELLE DES JEUNES 29

Pourquoi des pratiques à risque ? 29
L'accès aux connaissances 29
Les méconnaissances 30
Inégalités sociales 31
La mise en œuvre des connaissances dans les pratiques 32
Estime de soi 33
Alcool et drogues 33
Entourage 33
Facteurs dits culturels 34

Que faire ? 35
Politiques sociales : une responsabilité gouvernementale 35
Dans le quotidien de l'intervention socio-sanitaire 36
Éducation sexuelle 36
La pratique clinique 38
Internet et médias 39
Impliquer l'entourage 39
Les parents 39
Les pairs 40
Les garçons 40

PARTIE IV – VOCATION PRÉVENTIVE ET VULNÉRABILITÉ : DE LA THÉORIE AUX PRATIQUES 41

PARTIE V – UNE RÉFLEXION SUR LES STATISTIQUES PRODUITS À LA CLINIQUE JEUNESSE 51

D'un questionnement sur les fluctuations dans la fréquentation des services... 51

… À un questionnement sur les statistiques produites au CSSS Jeanne-Mance 52

CONCLUSION 54

RÉFÉRENCES 56

Introduction

Ce projet a pour point de départ un questionnement sur l'évolution de la fréquentation de la clinique jeunesse du CSSS Jeanne-Mance, par l'équipe de cette même clinique. Cette équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmières, travailleuse sociale, sexologue) offre des services aux filles et aux garçons de moins de 18 ans : prescription de différents moyens de contraception, de tests de grossesse, consultations pour interruption volontaire de grossesse (IVG), dépistage et traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), vaccinations, consultations psychosociales et de sexologie, mais aussi soins généraux pour les jeunes du quartier (jusqu'à 20 ans). Des fluctuations dans cette fréquentation ne sont certes pas, en elles-mêmes, surprenantes, étant donné que les patients sont âgés de 15 à 18 ans et sont donc perpétuellement appelés à partir et à être remplacés (« roulement » important de la patientèle). Mais elles ont amené les intervenantes à s'interroger sur les besoins des jeunes et la situation de la clinique au sein de l'ensemble des structures susceptibles d'y répondre : comment ces besoins évoluent-ils, sont-ils partiellement comblés ailleurs (par d'autres programmes du CSSS ou par d'autres structures), toute la population ciblée est-elle bien rejointe ?

Ces questionnements ont croisé les intérêts de recherche de deux sociologues, chercheures au CREMIS, le centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté. Estelle Carde[1], qui s'intéresse aux inégalités sociales en santé, s'est demandé quelles vulnérabilités sociales entravent l'accès des jeunes à des services de santé sexuelle et comment adapter ces services pour atténuer ces inégalités. Evelyne Baillergeau[2], qui travaille sur les enjeux du ciblage, a voulu savoir comment sont évalués les besoins des jeunes en santé sexuelle et comment est ensuite ciblée l'intervention destinée à les satisfaire.

Le CREMIS leur a alloué en 2012 un fonds de démarrage, avec lequel Myriam Boivin-Comtois, auxiliaire de recherche, a mené des entretiens semi-directifs auprès de 23 intervenants de la santé et du social exerçant auprès de jeunes, dans le réseau public de santé et le milieu communautaire montréalais. L'objectif était d'offrir une caisse de résonance à leur savoir expérientiel, sans prétendre ni à l'objectivité (les intervenants interrogés ont fait part de leur perçu subjectif), ni à la représentativité (la sélection des intervenants interrogés s'est faite selon la méthode de la boule de neige). Ces commentaires ont été rassemblés dans les deux premières parties de ce rapport (rédigées par Estelle Carde) : les difficultés des jeunes pour avoir accès aux services de santé sexuelle (première partie), puis les mesures prises pour atténuer ces difficultés (seconde partie). Ces commentaires ont ensuite été

[1] Professeure-adjointe à l'Université de Montréal (département de sociologie).
[2] Chercheure-boursière du FRQS (2008-2013), dont le thème général de recherche est les enjeux théoriques et pratiques de l'action sur les déterminants sociaux de la santé au Québec et aux Pays-Bas.

discutés, en troisième partie, à la lumière d'une revue de la littérature portant sur les inégalités sociales dans l'accès à la contraception chez les adolescentes, réalisée par Isabelle Bohard et Anna Goudet, également auxiliaires de recherche, grâce à une petite subvention CRSH accordée par l'Université de Montréal à Estelle Carde. Ce rapport bénéficie également du travail réalisé par Fabiana Diaz, étudiante à la maîtrise de sociologie de l'Université de Montréal, à l'occasion de son stage en milieu de recherche pendant l'hiver 2013, sous la direction d'Estelle Carde. Ce travail avait pour objectif de donner la parole aux jeunes, pour les écouter s'exprimer sur leur perçu de leurs besoins en matière de santé sexuelle et l'adéquation des services et ressources pour répondre à ses besoins. 13 jeunes de 14 à 18 ans (6 filles et 7 garçons) ont été rencontrés en entrevues individuelles ou de groupe dans une maison de jeunes (le chemin du soleil) et un centre jeunesse (YMCA du Parc), et un questionnaire a été diffusé auprès de 16 jeunes filles présentes dans la salle d'attente de la clinique jeunesse du CSSS Jeanne-Mance.

Parallèlement, une réflexion a été engagée sur le recours à la notion de vulnérabilité dans les pratiques de la clinique jeunesse, en lien avec la programmation scientifique d'Evelyne Baillergeau. A travers son offre de service, la clinique jeunesse du CSSS Jeanne-Mance entend contribuer à éviter un certain nombre d'événements non désirés, voire dommageables à la santé des personnes (grossesses non désirées avec complications et troubles associés, propres aux jeunes filles ou non ; ITSS). Comment l'objectif de répondre aux besoins des jeunes vulnérables en termes de santé sexuelle se traduit-il dans les pratiques de la clinique jeunesse ? Comment la vulnérabilité est-elle définie ? Quels sont les savoirs mobilisés pour ce faire ? A travers ces questions (qui irriguent la partie IV du présent rapport), les pratiques de la clinique jeunesse ont été interrogées à l'aune de réflexions plus générales sur la prévention ciblée et le recours à la notion de risque dans le champ de la santé publique, afin d'étudier, le cas échéant, la pertinence d'une recherche complémentaire sur le sujet. La partie IV (rédigée par Evelyne Baillergeau) repose principalement sur une analyse de la littérature grise disponible ainsi que sur le recueil de témoignages d'acteurs de premier plan et la discussion collective avec des intervenantes de la clinique jeunesse et des archivistes du CSSS Jeanne-Mance (entre mai 2012 et juin 2013).

Enfin, à partir des statistiques sur les actes cliniques posés par les intervenantes, nous avons étudié l'évolution de l'activité de la clinique à travers le temps. Bien que cette question paraisse simple et logique, ce travail s'est avéré complexe, mais aussi très intéressant, grâce au concours de deux

archivistes du CSSS Jeanne-Mance, François Bergeron et Steve Marcotte. Ce travail étant en cours, ce rapport ne rend compte que du questionnement général et de l'état des démarches en juin 2013 (Partie V).

De par la vocation exploratoire de la recherche, il est difficile d'établir des conclusions suite aux travaux menés, malgré la richesse des lectures et des échanges qui en constituent le socle. Ce rapport s'achève donc plutôt sur une proposition de suite, nourrie par l'ensemble des travaux réalisés à ce jour.

Bien que les différentes parties aient été rédigées de manière indépendante, elles ont toutes fait l'objet de nombreux échanges entre les deux auteures ainsi qu'avec Lucie Biron et Louise Morin, respectivement travailleuse sociale et infirmière à la clinique jeunesse, dont l'expérience irrigue chacune des pages de ce rapport. Puisse ce dernier apporter des réponses aux questions des intervenants concernés par la santé sexuelle des jeunes, mais aussi inviter tout chercheur vers de nouvelles pistes de questionnement. Ainsi ce rapport satisfera-t-il aux objectifs que se sont donné ses auteures, à savoir, dans la perspective d'un travail de CAU, la co-construction, par des intervenants et des chercheurs, d'un savoir mais aussi de questionnements susceptibles d'intéresser les uns et les autres, certes dans les limites inhérentes à tout projet exploratoire, tel celui-ci.

English Summary

Vulnerability, social inequality and risk. Service provision in sexual health of adolescents in Montreal: adaptation to needs and accessibility

The present research report deals with sexual health of adolescents in Montreal (QC) within a public service known as Clinique Jeunesse, addressing issues such as teenage pregnancy and sexually transmissible infections and providing both treatment and prevention in the matter among 14-18 year olds. Operating for over 30 years in Downtown Montreal, Clinique Jeunesse pioneered in sexual health of adolescents in Canada. The starting point of the research was an invite from the front-line team of Clinique Jeunesse (consisting of medical doctors, nurses and social workers) for some sociologists to critically appraise their own practice with regard to the evolution of needs and turnout over the last few years. Is the target population actually reached? To what extent is the service accessible to those in need of service? Through initial talks, vulnerability seemed to be a critical issue, in regard of social inequality on the one hand and risk on the other hand. Three sets of research questions were designed for an exploratory research, conducted from May 2012 to June 2013. The three sets of questions gave this report its structure.

First, what kind of barriers, what kind of problems may hinder service accessibility among adolescents and how are these barriers tackled by front-line professionals? Does social inequality impact service accessibility? Such questions were used to frame a series of qualitative interviews among 23 front-line professionals operating in similar services elsewhere in Montreal, both in the public sector and the private, non-profit sector. Alongside the interviews among professionals, a collection of talks were conducted among young people (2 focus groups with 5 young people each and 3 individual interviews) and 16 questionnaires were filled by girls attending Clinique Jeunesse services. The results are discussed in the light of a literature review on sexual health of adolescents in North America and Europe (sections 2 and 3, authored by Estelle Carde).

Second, specifically on Clinique Jeunesse, how is the notion of vulnerability defined and turned into policy and practice? What are the sources of knowledge involved in identifying risk; framing risk groups and ensuring that risk groups are reached? These questions are informed by policy document

analysis and a series of collective interviews with front-line professionals of Clinique Jeunesse (section 4, authored by Evelyne Baillergeau).

Third, the front-line team taking part in the day-to-day registration of their professional deeds, what do statistical data tell about practice carried out at Clinique Jeunesse? This question has been addressed through a series of talks involving both front-line staff and statistical experts of the CSSS Jeanne-Mance.

The exploratory research is meant to be complemented by thorough qualitative observations at the Clinique Jeunesse shortly.

Partie I - Les difficultés des jeunes pour avoir accès aux services de santé sexuelle

Au nombre des embuches que rencontrent les jeunes pour accéder à des services en santé sexuelle, les intervenants nomment, en premier lieu, leurs méconnaissances de leurs besoins et des services susceptibles d'y répondre, ainsi que l'inadaptation de ces derniers.

Les jeunes : de la difficulté à identifier leurs besoins

De l'absence de préoccupation à la prise de conscience de leurs besoins

Connaître ses besoins requiert d'abord de s'en préoccuper. Cette préoccupation serait favorisée par une bonne estime de soi, tandis qu'un jeune « mal dans sa peau » ne ferait pas grand cas de sa santé.

Par ailleurs, les jeunes qui vivent dans la rue seraient moins susceptibles de se préoccuper de leur santé sexuelle. Les intervenants exerçant dans des organismes communautaires destinés aux exclus (jeunes ou non) sont unanimes : les jeunes ne les interpellent pas pour des questions relatives à la santé sexuelle, ils ont d'autres priorités :

- *« c'est rare que c'est les jeunes viennent m'en parler. (...) la priorité, c'est rarement ça. Si les jeunes veulent des soins de santé, ça va rarement être centré sur la sexualité. D'abord et avant tout, ils vont venir ici parce qu'ils ne sont plus capables de marcher, parce qu'ils ont des plaies, ben avant de venir pour un dépistage. »*
- *« (certains) ont d'autres priorités, parce qu'ils sont dans la survie. »*

Notamment, les jeunes vivant dans la rue minimiseraient les risques sexuels par rapport à ceux associés à l'injection de drogue. Ainsi, ceux qui font attention à leur matériel d'injection ne protègeraient pas leurs rapports sexuels.

De façon générale, les garçons consulteraient moins souvent que les filles pour des questions de santé sexuelle. Mais comment les jeunes en viennent-ils à prendre conscience de leurs besoins de services en santé sexuelle ?

La tenue d'ateliers d'information est citée par plusieurs intervenants comme un « déclencheur » : dans la semaine qui suit un atelier, les jeunes filles se demanderaient si elles ont eu des pratiques à risque et viendraient demander un dépistage.

Par ailleurs, diverses raisons sont citées, pour les filles et les garçons, de recourir à un service en santé sexuelle.

- Raisons pour lesquelles les garçons viendraient demander un dépistage :

- leur partenaire leur dit qu'elle a une infection
- leur partenaire prend la pilule et avant d'arrêter le condom, elle leur demande de se faire tester
- ils n'utilisent pas de condom et ont des symptômes d'infection (souvent ils pensent ne rien avoir tant qu'ils n'ont pas de symptômes)
- ils ont eu une relation sexuelle non protégée avec une partenaire qu'ils ne connaissent pas beaucoup

- Raisons pour lesquelles les filles viendraient demander
  - un dépistage :
    - une de leurs amies a une ITSS
    - elles ont un nouveau partenaire et le condom s'est rompu, même si elles n'ont pas de symptômes
    - elles constatent des pertes vaginales (qui souvent sont en réalité normales mais qu'elles ne savent pas interpréter)
  - un test de grossesse
    - elles ont un retard de règles
    - une de leurs amies est tombée enceinte
    - elles ont arrêté de prendre la pilule pour différentes raisons (ex : « j'ai arrêté la pilule car on m'a dit que le progestatif peut causer des embolies ») et ont peur d'être enceintes
  - la pilule
    - quelques-unes viennent chercher une prescription avant d'avoir des relations sexuelles

Dans l'enquête par questionnaires diffusés auprès de jeunes présents dans la salle d'attente de la clinique jeunesse, parmi les 14 filles qui ont répondu, la moitié indiquent s'être protégées contre les ITSS lors de leur dernier rapport sexuel en utilisant un condom. 11 ont utilisé au moins un moyen contraceptif : la pilule (5), le condom (3), le depo provera (3), la pilule du lendemain (1) et l'anneau vaginal (1).

Connaissances erronées

Les intervenants mentionnent des méconnaissances, chez les jeunes, tant sur les risques sexuels (inconscience des risques) que sur les moyens de s'en protéger (conscience d'un risque mais méconnaissance de la façon de s'en protéger ; hésitations notamment sur la façon de mettre un condom

et sur les raisons précises qui en justifient l'usage).

Les « mythes »

Au chapitre des connaissances erronées, les intervenants ont tous en tête des exemples de « mythes » qui circuleraient parmi les jeunes, relatifs à la sexualité, la contraception, la grossesse, les ITSS, etc. Rappelons cependant la nature qualitative et subjective de notre enquête : ces « mythes » sont rapportés par les intervenants parce qu'ils sont hauts en couleur, mais ils ne sont pas pour autant nécessairement représentatifs du niveau de connaissance générale de l'ensemble des jeunes.

Exemples :

- la pilule donne le cancer
- la pilule fait grossir
- la pilule et le stérilet rendent stérile
- le sexe oral ne donne pas d'ITSS
- une douche vaginale empêche de tomber enceinte, d'avoir des ITSS
- le mythe du détecteur : on passe à travers un détecteur et il sonne si on a une ITSS
- le VIH : il ne faut pas aller dans la salle de bain d'une personne HIV+, ni partager ses ustensiles.

Certains intervenants ont également fait part de « mythes » se déclinant sur le plan relationnel ; par exemple, sur le sens que les jeunes donnent aux notions d'agression sexuelle et de consentement.

La « pensée magique »

Un aspect classique du fonctionnement psychique des jeunes serait la pensée magique : « tel ou tel risque peut arriver aux autres mais pas à moi-même ». Exemple : après quatre ou cinq rapports non protégés, une fille qui n'est pas tombée enceinte pense être infertile.

« *Elles sont sûres qu'elles sont stériles parce qu'elles ne sont pas tombées enceintes dans les derniers six mois. (…) J'essaie de faire comme… « Ben là tu sais, il y a des grosses chances, on s'enligne que tu es chanceuse ». Elle me répond : « Je suis stérile ». « Non, non, tu n'es pas stérile, tu es chanceuse. » ».*

La pensée magique serait aussi un obstacle à la venue à des réunions d'information de groupe : « pourquoi y aller puisque ça ne m'arrivera pas ? ».

La pornographie

Le visionnage de films pornographiques a été signalé par plusieurs intervenants comme une source de

biais dans la connaissance des besoins en santé sexuelle (notamment quand les rapports n'y sont pas protégés) : *« Ils pensent qu'ils savent beaucoup comment ça marche et pourtant ils n'ont jamais pratiqué, juste parce qu'ils ont vu de la porno. Ce n'est pas nécessairement tous les jeunes qui voient de la porno, mais juste parce que c'est plus accessible, ces images-là. Oui, ils pensent qu'ils savent plus. »*

Niveau de connaissance variable selon les caractéristiques des jeunes

Les commentaires recueillis dessinent en pointillé la silhouette de jeunes plus ou moins informés.

Le sexe

Les intervenants sont partagés : si certains pensent que le sexe n'est nullement associé au niveau de connaissance, d'autres, plus nombreux, estiment que les filles en savent plus que les garçons. Une explication donnée à cette meilleure connaissance des filles est que, plus concernées par le risque de grossesse non désirée, elles seraient plus vite amenées à penser à la contraception, et donc à chercher de l'information.

Certains intervenants ajoutent cependant que l'accès à l'information ne va pas nécessairement avec sa compréhension, en donnant l'exemple de jeunes filles qui ont avorté mais ne semblent pas avoir progressé dans leur niveau de compréhension des risques de grossesse non désirée.

Dans les entrevues de groupe et individuelles menées auprès de 13 jeunes rencontrés dans une maison de jeunes et un centre jeunesse, les garçons ne connaissaient que le condom et la pilule comme moyens de contraception (sauf un seul qui a aussi a mentionné des « condoms pour filles »), tandis que les filles (toutes incluses) en mentionnaient d'autres, comme le stérilet et le depo provera.

L'âge

Les plus âgés en sauraient plus, notamment ceux qui ont bénéficié à l'école du programme de Formation personnelle et sociale (FPS) aujourd'hui disparu. Ils seraient aussi plus responsables, autonomes, ce qui conduit plusieurs intervenants à recommander d'élever les âges reçus en clinique jeunesse, de 18 à 25 ans : pour avoir le temps de leur répéter l'information jusqu'à qu'ils soient assez mûrs pour l'intégrer.

… Plus mûrs, mais aussi plus têtus : les plus âgés seraient plus certains d'avoir raison, même quand ils ont tort : il serait donc plus difficile de rectifier leurs méconnaissances.

Dans l'enquête par questionnaire conduite auprès de 16 filles présentes dans la salle d'attente de la clinique jeunesse, dont la moitié étaient âgées de 14 à 16 ans et l'autre moitié de 17 à 21 ans, à la

question « Savez-vous comment on peut dépister la chlamydia et la gonorrhée? Si oui, comment? », seules 2 des 16 ans et moins ont répondu, contre 5 des 17 ans et plus. À la question, « comment est-ce qu'on pourrait promouvoir l'importance des tests de dépistage d'ITS chez les jeunes », la répondante la plus âgée (21 ans) a proposé des « cours d'éducation sexuelle plus fréquents et plus sérieux dès le primaire ». Elle fait probablement partie d'une des dernières générations à avoir bénéficié de tels cours.

Le niveau socio-économique

Là aussi, les intervenants sont partagés. Certains estiment que le niveau des connaissances des jeunes est indépendant de leur milieu socio-économique. D'autres notent une incidence de ce dernier … non pas, comme on aurait pu s'y attendre, que les plus défavorisés aient moins de connaissances, mais qu'ils aient plus de facilité pour parler de sexualité, notamment de prostitution, ce qui faciliterait leur accès à l'information. En outre, les jeunes scolarisés dans des écoles privées seraient plus inquiets des risques d'agressions sexuelles.

Enfin, les intervenants ne voient pas de lien entre l'éducation délivrée par les parents et le statut socio-économique de ces derniers.

« C'est l'éducation qui fait toute la différence, bien oui ! Je ne dirais pas que c'est en relation avec l'argent, parce que ce n'est pas parce qu'on est pauvre qu'on est ignorant. Les gens que leurs parents leur ont enseigné comment mettre un condom, ils le savent. Les gens que leurs parents ne leur ont pas enseigné, ils ne le savent pas. La majorité des parents ne l'ont pas enseigné. »

Le niveau de scolarité

Ceux qui réussissent mieux à l'école sauraient mieux comment s'informer : ils feraient plus de recherches (notamment sur internet), leurs questions seraient plus appropriées, ils prendraient plus l'initiative d'en poser … mais ils seraient aussi plus vite anxieux.

À l'inverse, les jeunes filles qui vivent dans la rue, qui n'ont pas fini leur sixième année et sont âgées de 18 ans, seraient particulièrement ignorantes de leur anatomie et de la physiologie de la conception (cycle menstruel, date de l'ovulation, durée de vie des spermatozoïdes dans l'utérus, etc.).

L'accès à Internet

Internet est à double tranchant. On y trouve de bonnes connaissances (susceptibles de contrer les mythes véhiculés par les pairs) mais aussi de fausses informations qui risquent de paniquer les jeunes et de contribuer aux mythes.

Méconnaissances spécifiques selon les risques

ITSS

Les jeunes ne feraient guère de distinction entre les diverses ITSS et minimiseraient leurs conséquences en considérant que tout se soigne, même le VIH. Concernant les pratiques, ils s'interrogeraient sur la nécessité de protéger les relations bucco-génitales et, de façon générale, ne verraient pas leurs pratiques comme à risque même quand elles le sont. Enfin, ils auraient tendance, surtout les garçons, à considérer que l'absence de symptômes garantit l'absence d'infection.

Les parents ne seraient pas beaucoup plus au fait des ITSS : un sondage auprès des mères des adolescents aurait montré que leur niveau de connaissance est seulement légèrement plus élevé.

Contraception

La plupart des filles auraient entendu parler de la pilule et du condom mais pas d'autres moyens de contraception comme le stérilet, le timbre et l'anneau, à moins qu'une de leurs amies n'en utilise elle-même : certaines demanderaient alors « la même chose », mais sans savoir ce que c'est.

On a signalé plus haut que dans l'enquête par questionnaire, les filles se protègent plus contre le risque de grossesse que contre celui d'ITS.

Difficultés à transposer les connaissances théoriques dans le quotidien des relations amoureuses

Les connaissances des jeunes seraient souvent théoriques et peu transposables dans le quotidien d'une relation amoureuse. Par exemple, comment gérer les enjeux de confiance, de respect ? Comment faire en sorte que la demande de condom ne soit pas interprétée par le partenaire comme un manque de confiance ?

Certains jeunes regretteraient de ne pas avoir appris correctement les choses, de les avoir apprises avec les médias, les films, Internet ou en traînant au centre-ville. Ils auraient aimé que l'école ne leur enseigne pas seulement la mécanique (comme comment et pourquoi mettre un condom), mais aussi le respect et la confiance dans les relations amoureuses. Certaines filles voudraient que leur petite sœur n'apprenne pas comme elles.

Par ailleurs, certaines situations sont citées comme entravant la mise en application, par les jeunes, de leurs connaissances.

- Alcoolisation : les jeunes filles, sous l'emprise de l'alcool, pourraient ne pas protéger

leurs rapports sexuels (pas de condom) alors qu'elles connaissent très bien les risques encourus. Par la suite, elles prendraient la pilule du lendemain, mais ne pourraient plus rien faire pour se protéger des ITSS.

- Argent : il faut de l'argent pour acheter des condoms.
- Trouble de déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH) : les jeunes filles souffrant de TDAH auraient des difficultés à être organisées et donc à prendre une contraception.

Enfin, la crainte d'une rupture de la confidentialité et du jugement des intervenants pourrait décourager les jeunes d'avoir recours aux services dont ils savent avoir besoin.

D'une part, la peur que les parents apprennent leur prise de contraceptif ou leur venue à un service en santé sexuelle découragerait certains jeunes :

- certaines filles doivent cacher leurs boites de pilules (car leur mère fouille leurs affaires) ou ne peuvent pas prendre de la Depo-Provera (car cette contraception entraîne un arrêt de la menstruation, ce qui inquiète certaines mères)
- certains intervenants regrettent de ne pas pouvoir téléphoner aux jeunes pour leur rappeler leur rendez-vous car leurs parents ne sont peut-être pas au courant ; certains jeunes voudraient qu'on leur confirme leurs rendez-vous par courriel

D'autre part, la crainte d'être jugé par les intervenants, s'ajoutant à la gêne de parler de sexualité, pourrait elle aussi gêner la venue.

« C'est un sujet délicat, aller parler à quelqu'un que tu ne connais pas que tu as été irresponsable (…) « je ne le connaissais pas mais je n'ai pas utilisé de condom » … puis parler des symptômes. Je les trouve courageux, les jeunes, quand ils m'en parlent, j'essaie d'être le plus neutre possible. »

L'accès parfois difficile aux informations sur les services qui leur sont offerts

Certes, les jeunes savent qu'ils peuvent appeler dans des CLSC, poser des questions. Mais le changement de nom (de CLSC à CSSS) peut prêter à confusion, générant de la difficulté à se repérer et être à l'aise dans le système des CSSS. De plus, certains jeunes n'ayant pas renouvelé leur carte d'assurance maladie croiraient à tort qu'ils ne peuvent pas accéder aux services … méconnaissance d'ailleurs d'autant mieux ancrée dans l'esprit de nombreux jeunes qu'elle serait partagée par certains intervenants.

Une question importante est, finalement : une fois qu'un jeune a pris conscience de son besoin

de consulter un service, comment se renseigne-t-il sur l'offre de services qui lui est destinée ? Les intervenants ont identifié divers interlocuteurs.

Quelqu'un d'ouvert

La première caractéristique de l'informateur serait que le jeune se sente en confiance avec lui.

« Ils vont parler en premier à leurs amis, ce sont de bonnes références ou un autre professeur ou un intervenant, mais ce n'est pas juste le poste ou le titre, c'est la personne. Ils vont aller voir quelqu'un d'ouvert. »

« Avant d'accéder à l'infirmière ou quoi que ce soit, ça va prendre du temps. Ils vont aller vers les gens qu'ils côtoient régulièrement, qu'ils connaissent bien, qui sont proches (...). C'est pour ça qu'on va exclure les parents qui, souvent, n'ont pas la notion de non-jugement. »

Les amis

La plupart du temps, les jeunes ayant recours aux services de la clinique jeunesse seraient référés par d'anciens usagers : des ami(e)s (« tu vas y être bien reçu(e) ») ou les parents (cf. ci-dessous).

« Souvent, on voit, le premier réflexe c'est en parler à sa chum de fille et la chum de fille va dire : « Ça te tente-tu, on va aller voir la travailleuse de milieu, tu peux peut-être lui en parler. » On le voit beaucoup ça quand même, les filles finissent par aller voir une intervenante quelque part parce qu'elles s'encouragent entre elles à en parler. »

Mais les amis pourraient aussi décourager d'aller dans un service où ils estiment avoir été mal reçus, ou d'utiliser un soin qu'ils estiment ne pas leur avoir été bénéfiques (citant par exemple les effets secondaires d'une pilule).

Les travailleurs de rue

Ils seraient très importants pour les jeunes à la rue. La Clinique des jeunes de la rue et la Clinique itinérance seraient d'ailleurs bien connues des jeunes qui vivent à la rue.

Les infirmières scolaires

Les infirmières scolaires pallient la suppression du programme FPS en apportant aux jeunes certaines connaissances sur les risques dans les pratiques sexuelles et les services offerts par les cliniques jeunesse. Les jeunes les consulteraient afin d'obtenir une contraception (y compris la pilule du lendemain) et des tests de grossesse, mais très peu pour savoir comment utiliser un condom.

Les parents

Certains parents qui consultaient déjà dans une clinique jeunesse étant jeunes la recommanderaient à leurs enfants (sont donc reçues les « deuxièmes générations »).

« Quelques rares jeunes vont aller voir leur mère. Après ça, des fois c'est la mère qui appelle, mais j'ai plus remarqué ça chez les filles. (...) J'ai eu beaucoup d'appels de mère pour la contraception. Elles voient que leur fille sort avec un petit chum, ça ne fait pas longtemps. Il y a des mères qui viennent avec leur enfant. »

Les professeurs

L'école québécoise a pour mandat, dans ses domaines généraux de formation, de faire de l'éducation à la sexualité, du préscolaire au secondaire, en développant conjointement des compétences disciplinaires et des compétences transversales. Depuis la disparition du programme FPS, une éducation à la sexualité est censée être donnée dans tous les cours, dont la biologie. Dans les faits, cet enseignement serait inégal d'une région à l'autre, selon la mobilisation des professeur(e)s et leur (mal)aise pour parler de sexualité avec leurs élèves. L'inconfort pourrait être partagé, les jeunes hésitant à s'adresser à eux pour se renseigner.

« Une école comme Espace-Jeunesse[3], oui, ils vont aller vers les profs. Mais, de manière générale, dans les écoles secondaires, je ne peux pas me prononcer officiellement, mais je ne pense pas que ce sont les premières personnes vers qui ils vont aller pour ça. »

Internet

Les jeunes s'en serviraient pour chercher et comparer différents services et en trouver de gratuits (par exemple, les dépistages d'ITSS sont gratuits en CLSC mais pas partout ailleurs).

Les services offerts : de la difficulté à les adapter au plus près des besoins des jeunes

En clinique jeunesse : l'organisation

Heures d'ouverture

La plupart des services sont fermés en soirée et en fin de semaine.

[3] Cet établissement accueille des élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage.

Accueil

Étant donné la gêne à faire le pas d'appeler une structure pour parler de sexualité, tout accueil téléphonique trop peu chaleureux et tout transfert sur une boite vocale ou d'une personne à une autre (situation d'autant plus fréquente que la personne à l'accueil téléphonique n'est pas suffisamment préparée, du fait de coupures budgétaires sur le poste d'accueil ou bien en période de remplacement temporaire) peuvent achever de décourager le jeune.

Selon certains intervenants du milieu communautaire, il arriverait que les jeunes se sentent jugés et confrontés à un discours moralisateur en CLSC et en clinique externe.

Localisation

L'absence de clinique jeunesse dans leur CLSC découragerait certains jeunes de recourir à des soins en santé sexuelle. Ainsi par exemple, ni le CLSC du Plateau Mont-Royal, ni celui de Saint-Louis du Parc ne disposant d'une clinique jeunesse, certains jeunes de ces quartiers hésiteraient à recourir au service de la clinique jeunesse située dans les locaux du CLSC des Faubourgs (qui leur paraitrait trop loin, moins « tranquille »), préférant parfois se priver des soins plutôt que d'y aller.

Âges d'admissibilité

Ne pas recevoir de jeunes au-delà de 18 ans, en clinique jeunesse, semble une erreur pour beaucoup d'intervenants.

Paiement

Payer 20 dollars pour un test (hors cliniques jeunesse) pourrait freiner certains jeunes.

En outre, l'article 42 de la Loi sur la protection de la santé publique stipule qu'un adolescent de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins et traitements nécessités par son état de santé[4], mais les compagnies privées d'assurance médicaments informent les parents sur les soins remboursés pour leurs enfants, ce qui peut conduire de jeunes filles à payer leur pilule voire à s'en passer. De plus, si les parents ont l'assurance médicament publique et que leur fille encore à charge a 18 ans ou plus, ses parents doivent la déclarer pour qu'elle soit encore couverte … ce qu'ils ne

[4] Parents ou tuteurs doivent être informés uniquement si le jeune doit demeurer dans une institution de santé pour plus de 12 heures, ou si les soins comportent un risque sérieux pour sa santé ou peuvent lui causer des effets graves et permanents.

feront pas s'ils ne sont pas au fait de cette nécessité et ignorent de toutes façons que leur fille en a besoin. Le traitement des ITSS est en revanche gratuit si le jeune a une carte d'assurance maladie valide.

Délais d'attente

Quand les jeunes viennent ou appellent, c'est souvent pour demander à être reçus de suite. Par exemple, le lendemain de rapports sexuels non protégés, ils demandent un test de dépistage, sans comprendre que c'est trop tôt pour le test et que si l'intervenant ne peut pas les recevoir immédiatement, il leur sera proposer un rendez-vous plus tard … auquel ils ne reviendront pas nécessairement.

« Il y en a, je leur dis : « venez à la Clinique des jeunes, demain. On va se voir au sans rendez-vous ». Ils ne se présentent pas, ils ne viennent pas. Des fois, j'ai des rendez-vous aussi, je n'ose pas rappeler à la maison parce qu'il y a des parents qui ne savent pas. On ne peut pas faire du rappel non plus de rendez-vous. C'est un irritant du travail avec les jeunes, ils ne sont pas assidus. (…) Mais quand tu fais des rendez-vous, des sans rendez-vous, des rendez-vous, des sans rendez-vous, quand tu changes tes plages horaires, il y a toujours quelqu'un qui va arriver une journée où tu es en rendez-vous : « C'est pas une journée sans rendez-vous ? » Tu lui donnes un rendez-vous. La journée du rendez-vous, il ne sera pas là. (…) Et là, il rappelle : « Ben, je ne suis pas venu la semaine passée, mais je voudrais te voir demain. » Hum, j'ai de la misère un peu ... Quand ça fait trois, quatre heures que tu manques de rendez-vous, pis que quelqu'un voudrait te voir aujourd'hui, que tu lui réponds « Non, non, je suis complète », mais qu'il y en a trois qui manquent leur rendez-vous … Tu es comme…, mais bon, c'est la jeunesse ! »

Les délais d'attente sont très variables d'un site enquêté à l'autre :

- 1 jour à 2 mois pour un rendez-vous avec un médecin
- 1 jour à une semaine pour un rendez-vous avec une infirmière
- 30 minutes à 4 heures pour les services offerts sans rendez-vous

En clinique jeunesse : les types des services délivrés

Santé sexuelle seulement versus ouverture sur d'autres spécialités

Dans certaines cliniques jeunesse, les jeunes ne peuvent avoir accès qu'à des services en rapport avec les ITSS ou la contraception. Dans l'une d'elles, une intervenante regrette ainsi que, au fil des années, la clinique a « perdu » le psychologue, la travailleuse sociale, les éducatrices spécialisées, les agents de relations humaines, pour ne compter aujourd'hui plus qu'une infirmière, un médecin et une organisatrice communautaire.

Cette focalisation sur la santé sexuelle aurait en effet trois inconvénients :

- si le jeune a deux problèmes, l'un en rapport avec la sexualité et l'autre pas, il ne pourra pas faire traiter le second à la clinique jeunesse et aura donc moins d'intérêt à y aller : exemple :
    - il ne peut pas faire tous les examens au même endroit
    - si on lui remet la prescription pour un bilan sanguin ailleurs, le risque est qu'il n'y aille pas
- les jeunes ayant du mal à identifier leurs problèmes de santé sexuelle risquent de ne pas se rendre dans une clinique n'offrant que de tels services
- si le jeune y croise quelqu'un qu'il connait (une voisine, une tante), cela revient à révéler à cette personne qu'il est sexuellement actif

Test d'ITSS

Les infirmières ne peuvent pas faire de test si le jeune est symptomatique (sauf sur un des sites de l'enquête). Cette restriction est regrettable car rend vaine la démarche des jeunes qui viennent les voir, s'ils sont symptomatiques. De plus, les intervenants extérieurs, ne sachant pas si un jeune est symptomatique ou pas, ne savent pas à qui ils doivent le référer. À noter cependant que cette situation devrait évoluer prochainement, avec la levée de cette restriction.

En milieu scolaire : la place de l'éducation versus celle de la clinique

Les infirmières en milieu scolaire doivent à la fois répondre aux questions que des élèves leur posent, individuellement, et organiser des actions collectives (pour se faire connaître des élèves et pour faire de la promotion de la santé). Or leur temps de présence dans les écoles a diminué avec la réforme du système de santé de 2004 (environ deux jours par semaine aujourd'hui contre trois à cinq avant 2004). Elles disposent donc de moins de temps pour répondre aux questions des jeunes et devenir pour eux des adultes significatifs (ce qui est particulièrement utile aux garçons qui ont plus de difficulté que les filles

à aller chercher de l'aide) et pour effectuer des activités de prévention et de promotion en santé sexuelle. Ces dernières prennent la forme, notamment, d'ateliers de groupe d'une heure et demie, dont le contenu varie selon le niveau scolaire. Or ce sont surtout ces activités de prévention et de promotion en santé sexuelle qui ont été réduites à la suite des coupures en santé : par manque de temps, et parce que ces activités sont moins valorisées, dans les rapports d'activité, que les activités cliniques individuelles. Ainsi, les infirmières devant s'assurer qu'elles font suffisamment d'activités cliniques, se retrouveraient à court de temps pour mener des actions de prévention et promotion. Il leur serait même difficile de pérenniser dans le temps et d'améliorer les ateliers déjà en place.

Par ailleurs, les infirmières scolaires ont vu une diversification de leurs de tâches (avec par exemple les campagnes de vaccination) et un élargissement de leur champ de compétence, lequel inclut aujourd'hui la contraception d'urgence (désormais disponible à l'école) et les ordonnances collectives pour 6 mois (renouvelables si la jeune fille a arrêté de prendre sa pilule pendant au moins 24 heures). Or une initiation (mise sous pilule) requerrait une consultation d'une heure. Ceci réduit encore d'autant leur temps pour les ateliers de groupe.

Certains intervenants exerçant auprès de jeunes de la rue affirment que, depuis les quatre dernières années, la baisse de la disponibilité des infirmières scolaires pour cette information se manifeste par une nette baisse du niveau de connaissance des jeunes qu'ils suivent.

Enfin, il semble difficile pour les intervenants de cliniques jeunesse de dégager du temps de travail pour l'offrir en milieu scolaire. Un intervenant suggère qu'ils pourraient en revanche faire une tournée des classes en début d'année afin de

- nouer un premier contact avec les jeunes (qu'ils voient « la tête du médecin » par exemple)
- présenter les services offerts par la clinique jeunesse
- rassurer les jeunes sur la confidentialité des services de la clinique

Il reconnaît cependant que ce serait très difficile à organiser car cela perturberait l'agenda de travail des enseignants, qui est particulièrement serré.

Partie II - Des interventions pour atténuer ces difficultés

<u>Pour améliorer les connaissance des besoins</u>

Les intervenants des cliniques jeunesse

Ils soulignent l'importance de profiter de toute consultation pour éduquer les jeunes, changer leur façon de penser et faire boule de neige : *« Moi je me dis : « si toi au moins tu le sais, quand tu vas être en groupe, quand tout le monde va te niaiser par rapport à une affaire, tu vas pouvoir dire autre chose et transmettre les vraies informations. » (…) C'est sûr que pour moi, c'est toujours important de faire de l'éducation. Ça prend une demi-heure là. J'en profite. »*

Certains se servent des nouvelles technologies : ils proposent aux filles de noter dans leurs cellulaires leurs menstruations, pour mieux connaître leur cycle ; ils leur parlent du site masexualite.ca.

Certains intervenants estiment prioritaire d'aborder les dimensions relationnelles : *« Je pense que c'est la priorité. Avant de leur parler des ITSS, on va leur parler de relationnel, comment on entre en relation avec quelqu'un. Es-tu obligé d'avoir des relations sexuelles? Comment* dealer la jalousie ? Ces éléments-là, grosses lacunes. »

Mentionnons à ce sujet le Projet Relations amoureuses des jeunes de la DSP de Montréal qui « vise la promotion de rapports harmonieux et égalitaires, la prévention de la violence et des autres difficultés que les adolescents peuvent rencontrer en amour, et l'accompagnement de ces derniers dans la découverte de leur vie amoureuse et sexuelle »[5].

Les intervenants non spécialisés en santé sexuelle

Pour certains intervenants, il suffit de parler de santé en général pour que les jeunes en arrivent d'eux-mêmes à la santé sexuelle : *« Des fois, juste en parlant de leur santé en général, des fois ça sort. »*

D'autres intervenants « ouvrent la porte », c'est-à-dire qu'ils prennent l'initiative d'aborder la question de la santé sexuelle : *« Personnellement, c'est rare que c'est les jeunes qui viennent m'en parler. C'est vraiment moi qui ouvre la porte. On commence à parler : « OK, toi, tu as eu des pratiques à risque ces*

---

5 http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/jeunes/thematiques/projet_relations_amoureuses_des_jeunes/problematique.html page consultée le 4 juillet 2013

derniers temps. As-tu pensé à faire un dépistage ? » Là, je l'amène un petit peu sur le terrain : « Tu sais, c'est pas si compliqué que ça, on peut prendre rendez-vous ». Finalement, ça amène à un dépistage. »

D'autres encore « profitent » de ce qu'ils sont sur le terrain de la santé sexuelle (par exemple, les ITSS) pour en explorer d'autres dimensions (la contraception) : *« On le pose aussi dans le counseling, quand on fait le questionnaire pour les ITSS : « Est-ce qu'il y a des possibilités que tu sois enceinte ? ». Une personne qui a eu plusieurs enfants, qui est dans la trentaine, dans la quarantaine, je vais creuser des fois un peu moins, mais encore là ça dépend. Mais, une jeune qui me dit « Non, aucune possibilité.», je vais creuser un peu plus, je vais dire « Est-ce que tu utilises une méthode de contraception en ce moment ? » « Non », « OK, et depuis tes dernières règles, est-ce que tu as eu des relations sexuelles non protégées ? » « Oui », « OK. Tu me dis que tu n'as pas de risque de grossesse, mais moi j'ai l'impression, selon ce que tu me dis, que oui il y a des risques. Est-ce que ça te tente qu'on fasse un test de grossesse ? »*

Mais, s'il faut leur faire prendre conscience des risques sexuels, il ne faut pas non plus effrayer les jeunes … *« Finalement, quand on arrive avec de l'information, ils sortent de là en ayant peur. C'est de trouver une espèce d'équilibre, de juste milieu, de ne pas avoir peur non plus. »*

Enfin, certains de ces intervenants insistent eux aussi sur l'importance de parler des aspects relationnels, comme la confiance mutuelle dans une relation de couple.

Les infirmières scolaires

Plusieurs intervenants soulignent que les infirmières scolaires sont les professionnels les mieux à même de faire ce travail d'information car elles sont à la fois au contact des jeunes et dans les corridors de service.

Certains affirment voir les effets de ce travail, qu'ils exercent eux-mêmes hors clinique jeunesse (*«Je vois vraiment une différence entre les écoles où on fait de la prévention et les écoles où il n'y en a pas pour l'instant. »*) ou en clinique jeunesse (recrudescence des consultations après que les infirmières scolaires aient fait des rencontres dans les écoles qui ont sensibilisé les jeunes).

Ils insistent sur l'importance de commencer tôt, dès le primaire, avec des cours sur la puberté qui « brisent les tabous » et qui pourront être répétés au cours de la scolarité : *« L'important, c'est de répéter l'information. Ça finit par rentrer.»* Certes, il faut « être rendu là » pour retenir

l'information, c'est-à-dire être assez âgé pour se sentir concerné. Les élèves de niveaux académiques plus avancés retiendront mieux les informations ; pour les autres, il faudrait surtout insister sur l'importance de se protéger (plutôt que d'insister sur les détails des pathologies, par exemple).

Les campagnes sur la contraception et les ITSS

Certains intervenants de CLSC notent une recrudescence des consultations de jeunes après la diffusion de spots d'information du ministère de la santé (exemple : pour la journée mondiale du sida).

Pour améliorer les connaissances des services

Les intervenants hors réseau public de santé

Ils orientent les jeunes vers les infirmières scolaires, puis vers le réseau public de santé (*« C'est sûr que j'essaie toujours de les référer, parce que notre but ultime c'est de faire le pont vers le système. »*)

Les intervenants des cliniques jeunesse

Ils tentent d'améliorer la visibilité de leurs services :

- en plaçant des affiches (informant sur les services plutôt que sur des pathologies comme la chlamydia) dans les écoles (sur les portes, dans les salles de bain, dans l'agenda scolaire) et dans les maisons de jeunes
- en se servant d'internet : informations de la clinique jeunesse sur le site Internet de son CSSS (faciliter l'accès à la page de la clinique et faire un entretien régulier du site Internet), refaire le logo de la clinique jeunesse si besoin et l'affiche de la clinique jeunesse, veiller à la visibilité de la clinique sur le web

Pour atténuer l'impact des méconnaissances sur l'organisation de l'offre de services

Ces méconnaissances expliquent que les jeunes ne frappent pas toujours à la bonne porte au sein des CSSS. Aussi, certains intervenants insistent sur l'importance de bien les orienter une fois qu'ils ont frappé, quelle que soit la porte. Concrètement, cela implique de prendre le temps d'expliquer chacune des étapes de l'accès aux services dont le jeune a besoin (« tu fais tel numéro de téléphone, ensuite tu choisis telles ou telles touches », ou bien « voici comment tu peux dire quel est ton besoin ») voire

proposer d'en faire certaines pour eux (« je peux faire l'appel téléphonique pour la prise de rendez-vous, si tu veux »).

Pour améliorer l'adéquation des services en clinique jeunesse

Revoir l'organisation

Salle d'attente

Pour respecter le besoin de confidentialité, il faudrait trouver le juste (et peut-être impossible) équilibre entre

- le besoin de spécificité du lieu, car importance du *« sentiment d'être assis dans une salle d'attente avec d'autres jeunes et non la mère de son amie qui va dire à sa mère : «Hey, j'ai vu ta fille.» »*
- éviter qu'il ne soit étiqueté « sexualité », pour qu'un jeune vu dans la salle d'attente par un membre de son entourage puisse préserver le secret sur le fait qu'il est actif sexuellement

Certains insistent sur l'intérêt de veiller à la décoration de la salle d'attente : télévision avec de petites vidéos sur les premières amours, condoms, panneau d'information sur les condoms, posters « pour attirer le monde », magazines pour jeunes sur les tables.

Rendez-vous

La gestion des rendez-vous par les intervenants eux-mêmes évite au jeune de se présenter et d'être déçu parce que la personne qu'il voulait voir ne pourra pas le recevoir, mais elle prend du temps aux intervenants.

Il est important de prévoir des plages horaires de sans rendez-vous ou avec de courts délais d'attente. À noter que c'est déjà le cas à la clinique communautaire de Pointe-St-Charles et dans les cliniques jeunesse des CLSC Saint-Laurent, Rosemont, La Petite-Patrie, Ahuntsic, Saint-Michel, des Faubourgs et Saint-Léonard.

Heures d'ouverture

Il faudrait proposer différentes plages horaires (matin, après-midi et soir). Ouvrir jusqu'à 20h peut parfois sembler peu « payant » (ce n'est pas forcément l'horaire le plus populaire) mais les quelques

jeunes qui viendront ne seraient peut-être pas du tout venus sinon.

Téléphone

Il semble important que les jeunes entrent directement en contact avec quelqu'un lorsqu'ils téléphonent à la clinique jeunesse, qu'ils ne tombent pas sur une boîte vocale s'ils ont des interrogations. Il faudrait donc prévoir deux personnes pour gérer la réponse aux appels téléphoniques et la réception des patients, de façon à ce que la seconde n'empêche pas d'assurer la première.

Équipe de travail

Comme il est difficile de créer un lien si le jeune doit raconter son histoire plusieurs fois à plusieurs interlocuteurs différents, il faudrait maintenir une équipe de travail stable, de la personne à l'accueil aux médecins, éviter les remplacements.

Critères d'âge

Beaucoup d'intervenants considèrent qu'il faudrait élargir les critères d'âge au-delà de 18 ans.
On peut ici rappeler les âges reçus dans quelques-uns des sites enquêtés :
Cliniques jeunesse des CLSC :

- CLSC de Verdun : 14-30 ans
- CLSC Ahuntsic : 14-35 ans depuis 3 ans (avant : 25 ans, forte augmentation de la fréquentation depuis)
- CLSC Hochelaga Maisonneuve : 12-20 ans
- CLSC Rosemont : 14-24 ans
- CLSC Petite-Patrie : 13-25 ans
- CLSC Saint-Laurent : baissé à 18 ans puis rehaussé à 25 ans

Head and Hands : 12-25 ans
Clinique communautaire de Pointe-St-Charles : 6-25 ans

Selon les résultats de l'enquête par questionnaire menée auprès de 16 jeunes présents dans la salle d'attente de la clinique jeunesse, ces jeunes plébiscitent en premier lieu les qualités du personnel de la clinique (« accueillant », « sympathique », « compréhensif », « gentil », « attentif », « chaleureux », « super », « génial », qui « met à l'aise » et qui « ne juge pas ») et en second son fonctionnement (le fait de ne pas avoir besoin de rendez-vous et le fait de pouvoir parler à une infirmière plutôt que d'aller à

l'urgence). Les rares réponses à la question sur les points faibles de la clinique (5 sur 16) portent sur le temps d'attente excessif (surtout aux rendez-vous des médecins).

Élargir l'offre de services

Ouvrir plus largement que la santé sexuelle

C'est déjà le cas, par exemple, de la clinique jeunesse des Faubourgs : elle offre des soins complémentaires aux jeunes (soins psychosociaux, soins infirmiers et de médecine générale).

Suivis à long terme

« Combien de fois des filles qui viennent ici : «Ah la prescription était terminée, je ne l'ai pas renouvelée et je suis tombée enceinte.» ou «Je n'avais plus les sous.». Des fois, c'est des choses qui auraient pu être évitées si on avait fait un suivi à long terme. »

Une infirmière de CLSC raconte prendre ¾ d'heure pour la première prescription de pilule puis faire un suivi un mois plus tard. Souvent, la pilule a été abandonnée car il n'y a plus de chum, ou bien la jeune fille se plaint d'effets secondaires (mal au cœur, mal aux seins, irrégularités menstruelles) ou en anticipe de plus « mythiques » (« la pilule fait grossir. »).

Partie III - Revue de littérature nationale et internationale sur la santé sexuelle des jeunes

Ces commentaires peuvent être éclairés par des éléments de la littérature nationale et internationale. Mais avant de ce faire, il peut être intéressant de tenter de « quantifier » la vie sexuelle des jeunes et ses risques, par quelques chiffres nécessairement parcellaires et à considérer donc comme de simples « coups de sonde » dans une réalité difficile d'accès pour les chercheurs et les intervenants.

Tout d'abord, un sondage mené en 2005 par entrevues sur Internet auprès de 1 171 adolescents canadiens (14 à 17 ans) et de 1 139 mères d'adolescents nous apprenait que 27% des adolescents étaient actifs sexuellement à un âge moyen de 15 ans, avec une moyenne de 2,5 amoureux, et leur relation courante durait depuis plus de huit mois.

Concernant les comportements à risque associés à l'activité sexuelle, ce même sondage révélait que la dernière fois qu'ils avaient eu une relation sexuelle, 76 % de ces adolescents actifs sexuellement avaient utilisé un condom (Frappier, Kaufman et al., 2008 : 25).

Enfin, un des risques associés à la sexualité chez les jeunes est la grossesse précoce. Au début des années 2000, 17 adolescentes sur 1000 tombaient enceintes chaque année au Québec. La majorité d'entre elles (76%) choisissaient d'interrompre leur grossesse par un avortement provoqué. Au final, c'était donc 4 adolescentes sur 1000 qui se rendaient à terme et devenaient mères avant l'âge de 18 ans (MSSS, 2008). Or, ces grossesses chez les adolescentes comportent des risques tant sanitaires (risque accru de complications pour les mères âgées de 15 à 19 ans et leurs nourrissons) que sociaux (le décrochage scolaire notamment, même s'il est difficile de conclure de l'association statistique constatée entre décrochage et grossesse précoce si le décrochage est une conséquence ou un facteur de risque de la grossesse précoce).

Pourquoi des pratiques à risque ?

L'accès aux connaissances

Le sondage sus-cité (Frappier, Kaufman et al., 2008 : 25), réalisé au Canada en 2005 par entrevues sur Internet auprès d'adolescents et de mères d'adolescents, indiquait que 69% des adolescents ne réussissaient pas à trouver l'information qu'ils recherchaient. Leurs sources d'information les plus précieuses étaient l'école, les parents, les amis et les médecins. La plupart des adolescents faisaient confiance à l'information transmise par les professionnels de la santé (94 %) et pensaient que c'était à eux de leur transmettre de l'information en santé sexuelle. Enfin, même s'ils affirmaient avoir une

relation positive avec leur mère, 38 % des adolescents ne leur avaient pas parlé de sexualité.

De façon plus générale, la communication parents/adolescent est citée comme un facteur important pour une bonne utilisation contraceptive (Forget *et al*., 1991 ; Hacker *et al*., 2000). La perception d'une ouverture parentale, de réponses, de confort et de confidences dans les discussions sur les sujets sexuels, ainsi que la fréquence des discussions sont associées à de faibles taux de comportements sexuels à risque. Un environnement familial hostile et fermé aux questions entourant la sexualité engendre à l'inverse non-communication et culpabilité chez les jeunes face à ces questions, ce qui n'encourage pas un comportement sexuel sain et responsable (Loignon, 1996).

L'éducation sexuelle reçue à l'école est critiquée par divers auteurs québécois. Si les intervenants que nous avons interrogés en 2012 regrettent la disparition du programme FPS, il faut noter que ce programme, quand il existait encore, faisait déjà l'objet de critiques : enseignants jugés peu à l'aise, nombre insuffisant d'heures accordées au volet sexualité et contraception, contenu et manière de le dispenser variables, infirmières scolaires en charge de ces cours débordées et trop peu soutenues et manque de reconnaissance de leurs actions (FQPN, 2001 ; Loignon, 1996).

En outre, certains auteurs estiment que les questions relatives à la santé sexuelle et à la contraception sont très peu présentes dans les magazines spécialisés pour adolescentes, à part quelques questions posées par les lectrices. La place est laissée avant tout à la « romance hétérosexuelle » et à la maternité comme projet d'avenir naturel (Lebreton, 2009).

Enfin, le sondage sus-cité, réalisé au Canada en 2005 sur la sexualité des adolescent, révélait, du point de vue des « modèles » des adolescents, un écart entre ce que supposaient les mères et ce qu'affirmaient les adolescents : 75% des mères pensaient que les amis étaient d'importants modèles en matière de sexualité, et 50 % plaçaient les célébrités du monde du spectacle à égalité, alors que 45 % des adolescents considéraient leurs parents comme leurs modèles, bien avant leurs amis (32 %) et les célébrités (15 %) (Frappier, Kaufman et al., 2008 : 25).

Les méconnaissances

La littérature rapporte, à l'instar des intervenants de notre enquête, un certain nombre de méconnaissances telles que l'ignorance de l'existence du liquide pré-éjaculatoire et la conviction erronée d'une absence de risque de grossesse lors du 1er rapport sexuel, en cas de rapports peu

fréquents, de rapport pendant les menstruations, si la fille n'a pas d'orgasme, si la relation sexuelle a lieu debout ou avec la fille sur le dessus, etc. (Aujoulat, 2007 ; Zelnik *et al.*, 1979 ; Loignon, 1996). Ces mythes peuvent induire le recours à des « bricolages contraceptifs » : retrait du partenaire avant l'éjaculation (méthode la plus fréquente), rapport sexuel en position debout, exercices physiques après le rapport pour empêcher que les spermatozoïdes ne « remontent », sauter à pied joint après le rapport pour « faire descendre le liquide », douche vaginale avec la fonction « massage » de la douche pour se « nettoyer de l'intérieur » (Amsellem-Mainguy, 2003).

Cependant, certains auteurs insistent, plutôt que sur les mythes, sur le problème des connaissances incomplètes, fragmentaires, lacunaires, pour expliquer notamment la mauvaise utilisation de la pilule et finalement les grossesses précoces (Arai, 2003; Proulx, 2002). Ainsi, en Norvège (à Oslo), les jeunes sont globalement au courant des moyens de contraception (ils ont tous entendu parler de pilule et de stérilet et savent où et comment y avoir accès), mais ils ignorent beaucoup de la physiologie de la conception (par exemple, quelle est la période la plus fertile pour une femme) (Sundby et al. 1999). Par suite, ils n'utilisent pas de moyens contraceptifs car sous-estiment le risque de grossesse. Ils ont aussi des connaissances erronées sur la manière d'utiliser les moyens contraceptifs et sur leurs effets secondaires. Ainsi notamment, la plupart de leurs connaissances sur la pilule portent sur ses effets secondaires et leur ont été transmises sous forme d'anecdotes par leurs amies. La pilule du lendemain est particulièrement mal connue : quand il faut la prendre, comment elle fonctionne, où on l'obtient. Or cette pilule du lendemain prend toute son importance compte tenu des caractéristiques de la sexualité à l'adolescence, telles que des rapports sexuels sporadiques et non planifiés (Loignon, 1996).
En Belgique, alors que les politiques de santé facilitent l'accessibilité économique de la pilule pour les adolescents, plusieurs soignants évoquent le manque de connaissances des adolescentes relatives aux structures spécialisées pour la prévention et l'accompagnement des grossesses précoces (Aujoulat et al. 2007).

Inégalités sociales

De nombreuses enquêtes insistent sur un aspect peu évoqué par les intervenants interrogés dans notre enquête, à savoir le lien entre pauvreté et pratiques sexuelles à risque. Ainsi, au Canada (comme dans les autres pays industrialisés), on note un lien entre pauvreté et risque de grossesse chez les adolescentes (Larson, 2007 : 674). L'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM)

(Maternity Experience Survey, MES)[6] menée en 2006 et 2007 au Canada sur 6 000 femmes de 15 ans et plus ayant donné naissance dans les cinq à quatorze mois précédant la date d'entrevue, a confirmé quant à elle le lien entre pauvreté, faible éducation et maternité précoce (Al-Sahab et al. 2012 ; ASPC, 2009b). Les auteurs insistent en particulier sur un aspect situé en aval de l'objet de notre enquête : non pas l'exposition au risque de grossesse précoce, mais la décision de mener à son terme une grossesse. Cette décision serait liée à de faibles attentes sur les perspectives d'avenir sur le plan scolaire et professionnel (Aujoulat et al., 2007; Sackoff et al., 2012, Arai, 2003 ; Faucher et al., 2002), suite à un parcours scolaires court et au décrochage scolaire. La maternité serait alors une stratégie de reconnaissance, d'émancipation, d'intégration sociale, pour bénéficier d'un support familial et social accru et de prestations d'aide sociale. Pour Kearney et al. (2012), ces jeunes filles 'opteraient' pour la maternité hors mariage à un jeune âge au lieu d'investir dans leur avancement économique, car elles sentiraient qu'elles ont peu de chance d'avancement.

Ainsi, si les pays anglo-saxons (Royaume-Uni, Irlande et, plus encore, États-Unis) se distinguent dans l'ensemble des pays industrialisés par une fréquence particulièrement élevée des maternités précoces (surtout dans les milieux pauvres), c'est parce que les rapports sexuels sont mal protégés et l'IVG difficile d'accès[7], mais aussi parce que certaines jeunes filles en échec scolaire désirent être mères. Vivre pauvre dans une société marquée par les inégalités et la faiblesse de la mobilité sociale, en donnant la perception d'une absence d'avenir économique, favorise les choix satisfaisants à court terme, comme la décision d'avoir un enfant (Kearney et al., 2012).

Enfin, si les parcours scolaires courts sont associés aux grossesses précoces, c'est aussi parce que pour celles qui échappent tôt à la discipline scolaire pour s'insérer sur le marché du travail, s'accélèrent la maturation sociale, l'identification aux modèles adultes et l'initiation sexuelle. Au contraire, celles qui poursuivent leurs études vivent plus longtemps leur statut d'adolescentes en raison de leur position dans l'institution et de leur dépendance matérielle (Bozon et al., 1997 ; Maillochon, 2012 ; Amsellem-Mainguy, 2011a ; Tremblay, 2001).

La mise en œuvre des connaissances dans les pratiques

La plupart des commentaires recueillis auprès des intervenants interrogés dans notre enquête font écho à des constats rapportés dans la littérature scientifique.

[6] Agence de la santé publique du Canada (ASPC) Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) [http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php].

[7] les jeunes filles tombent plus souvent enceintes, puis ont moins recours aux IVG (Berrewaerts et al., 2006).

Estime de soi

L'Enquête canadienne (EEM) sus-citée montre le lien entre une bonne estime de soi, le sens des responsabilités et un plus faible taux de maternités précoces (Al-Sahab et al. 2012 ; ASPC, 2009a ; ASPC, 2009b). En effet, l'image de soi négative, le manque d'estime de soi, les choix mal-adaptés (*maladaptive decision-making*), la gêne de son corps, l'appréhension de la relation sexuelle et la difficulté d'en parler peuvent nuire à l'utilisation de moyens contraceptifs (Commendador, 2006 ; Tremblay, 2001 ; Loignon, 1996).

Par ailleurs, une enquête menée dans quatre écoles secondaires avec 2 297 adolescents en Nouvelle-Écosse montre une relation entre dépression et comportements sexuels à risque (absence de contraception et de protection des ITSS) (Wilson *et al*., 2010).

Alcool et drogues

Le rôle des substances dans les comportements sexuels à risque (de grossesse non planifiée et d'ISST) a été démontré dans diverses études, dont une menée en Nouvelle-Écosse (Wilson et al. 2010) et une autre au Québec (Haley et al., 2002).

Entourage

La crainte que les parents ne soient au courant de l'activité sexuelle de leurs filles contribue à la mauvaise utilisation de la pilule par ces dernières et finalement aux grossesses précoces (Darroch et al., 2001b).

Les pairs influencent fortement l'utilisation de la contraception (Ali *et al*., 2011).

Le rôle du partenaire n'a guère été évoqué par les intervenants interrogés mais il fait l'objet de commentaires dans la littérature, notamment pour son impact sur l'utilisation ou non d'une contraception par la jeune fille. Une meilleure communication entre les deux partenaires sur des sujets sensibles tels que la sexualité ou la contraception, plus fréquente lorsque le couple est relativement stable, favoriserait la protection des rapports (Sundby et al., 1999, Loignon, 1996). Joue également la confiance que place le partenaire dans les pratiques contraceptives, et ce d'autant plus qu'il est plus âgé[8] que la fille et plus expérimenté (du moins dans les croyances des jeunes filles) (Amsellem-Mainguy, 2003). Une attitude ouverte du partenaire favoriserait l'utilisation adéquate de moyens contraceptifs. Plus il participe à la démarche contraceptive, par exemple en donnant son opinion, accompagnant sa partenaire chez le médecin ou à la clinique, et plus l'adolescente est encouragée à bien

[8] La majorité des femmes aurait eu son premier rapport avec un partenaire plus âgé (Bozon *et al*, 1997).

utiliser les moyens contraceptifs (Loignon, 1996). L'amour de celle-ci envers son partenaire peut à l'inverse expliquer son comportement à risque (Loignon, 1996). Elle peut craindre le rejet de son partenaire si elle lui parle d'utiliser un préservatif. Plus la relation est basée sur un rapport de genre égalitaire, plus le couple a tendance à utiliser un moyen de contraception (MacCorquodale, 1984).

L'étude comparative entre les États-Unis (taux les plus élevés de grossesses et ISST) et les Pays-Bas (taux les plus faibles) réalisée par Brugman et al. (2010) indique que les adolescents américains ont des comportements sexuels plus précoces et avec plus de partenaires et que les hollandais font une meilleure utilisation des contraceptifs, dialoguent plus avec leurs parents et ont une plus grande éducation sexuelle. Les filles américaines parlent de l'influence des hormones et des pairs, de leur manque de préparation, de la satisfaction de leur partenaire et de leurs parents inconfortables et silencieux. Les hollandaises parlent d'amour, de contrôle de leur corps, du soutien et de l'éducation apportés par les parents et des livres lus à un jeune âge.

Facteurs dits culturels

Les intervenants interrogés dans notre enquête ont parfois nommé des « facteurs culturels », des « spécificités » des minorités culturelles. Quelques études menées au Québec permettent de poursuivre ces réflexions. Ainsi, des questionnaire complétés par des étudiants de cégeps à Montréal révèlent une variation ethnoculturelle, tant sur le plan de l'activité sexuelle que de la contraception et des risques de contracter le sida (Levy *et al*., 1992) :

- efficacité contraceptive : les juifs francophones (M = 3,6 sur 4) et les canadiens-français (M = 3,5) ont le score le plus élevé et les Haïtiens le score le plus bas (M = 2,4)
- régularité dans l'utilisation de contraceptifs au cours des six derniers mois : les canadiens-français ont le score le plus élevé (M = 3,21 sur 4), ils sont suivis des juifs francophones (M = 3,15) et les Haïtien ont le score le plus faible (M = 1,97).

Pour Loignon (1996), la maternité précoce serait plus valorisée (ou banalisée) dans certains milieux, comme chez certains Haïtiens, ce qui pourrait expliquer ces différences de comportement.

Par ailleurs, un milieu familial très religieux serait associé à une entrée dans la vie sexuelle plus tardive. Mais plus la famille est religieuse, et moins ces adolescents sont enclins à utiliser de moyen contraceptif lors de leur premier rapport (Manlove *et al*., 1987).

Les adolescents pratiquant une religion (allant régulièrement dans un lieu de culte, participant aux activités religieuses, etc.) seraient plus enclins à utiliser des moyens de contraception moins médicaux

(« drugstore methods » = condom, mousse, crème, gel, par distinction avec les « medical methods »= pilule ou stérilet) que ceux qui ne pratiquent pas ou moins une religion (ici, il est surtout question des religions catholique et protestante aux États-Unis) (Studer *et al*., 1987).

Que faire ?

Politiques sociales : une responsabilité gouvernementale

Deux approches s'opposent : l'abstinence versus l'éducation, la prévention et l'accès facilité à la contraception. Une enquête a permis d'opposer à cet égard deux pays, la Suède et la France, caractérisés par une plus grande tolérance sociale vis-à-vis de la sexualité des jeunes, à un troisième pays, les États-Unis, où est promue l'abstinence. Elle révèle que les taux de contraception sont les plus élevés et les taux d'avortement et d'ISST les plus bas dans les deux premiers pays. Aux États-Unis, il semble que la promotion de l'abstinence se traduise non pas par moins d'activité sexuelle, mais par moins d'information et de contraception : en 2005, les taux de grossesses et d'ISST chez les adolescents étaient plus élevés aux États-Unis que dans les autres pays développés (Darroch *et al*., 2001, Price, 2011 ; Franklin *et al*., 1997 ; Bennet, 2005 ; McKay, 1999 ; Stanger-Hall *et al*, 2011). Pour Christine Loignon (1996), il faut donc rompre définitivement avec le mythe selon lequel plus on parle de sexualité, plus les jeunes vont avoir des relations sexuelles.

Il s'agit donc de parler de sexualité aux adolescents pour mieux faciliter leur accès aux services et aux produits. Ainsi, la prise en charge financière des contraceptifs et l'offre de services de planification familiale font baisser le nombre de grossesses non désirées chez les femmes à faible revenu et les adolescentes (Stanger-Hall et Hall, 2011). C'est ce que démontre la recherche comparative sus-citée qui, en incluant également le Canada et la Grande-Bretagne, a conclu qu'alors que les cinq pays comparés sont tous développés, industrialisé et caractérisés par des revenus par habitant élevés, la disponibilité des services de contraception est bien plus faible aux États-Unis que dans les quatre autres pays (Darroch et al., 2001a et b). Et les multiples barrières pour accéder à l'avortement contribuent elles aussi aux taux élevés de maternité précoce aux États-Unis (Coles et al, 2010).

Table 2. Birth, abortion and pregnancy rates and abortion ratio, by country, according to age-group, mid-1990s

Country	Ages 15–19				Ages 15–17				Ages 18–19			
	Births per 1,000	Abortions per 1,000	Pregnancies per 1,000	Abortion ratio	Births per 1,000	Abortions per 1,000	Pregnancies per 1,000	Abortion ratio	Births per 1,000	Abortions per 1,000	Pregnancies per 1,000	Abortion ratio
Sweden (1996)	7.8	17.2	25.0	68.8	2.7	13.7	16.4	83.5	15.5	22.6	38.1	59.3
France* (1995)	10.0	10.2	20.2	50.5	3.5	6.8	10.3	66.0	20.0	15.2	35.2	43.2
Canada (1995)	24.5	21.2	45.7	46.4	13.6	13.8	27.4	50.4	40.0	32.2	72.2	44.6
Great Britain† (1995)	28.3	18.4	46.7	39.4	14.8	13.8	28.6	48.3	49.8	25.6	75.4	34.0
United States (1996)	54.4	29.2	83.6	34.9	33.8	19.0	52.8	36.0	86.0	44.9	130.9	34.3

*Rates are adjusted to the young woman's age in completed years when the event occurred, to be comparable with other countries. Rates are not inflated for the underreporting of abortions. †Rates for Great Britain (which comprises England, Wales and Scotland) are calculated by combining data for these administrative areas. *Notes:* Pregnancy rates include births and induced abortions but do not include spontaneous abortions or miscarriages. The abortion ratio is the number of abortions per 100 pregnancies, excluding miscarriages.

(Darroch *et al*., 2001b : 246).

Enfin, pour diminuer le taux de grossesses chez les adolescentes, certains auteurs suggèrent de doter les jeunes filles issues de milieux défavorisés de compétences qui favoriseront les succès scolaires et la réussite sur le marché du travail, grâce par exemple à des programmes d'éducation dans la petite enfance et un meilleur accès à l'aide financière pour aller au collège (Kearney et al., 2010). Ces meilleures perspectives d'insertion socioprofessionnelle devraient diminuer l'attractivité des projets de maternité (Sackoff et al., 2012; Goyette et al., 2009, Darroch et al., 2001b, Aujoulat et al. 2007, Pison, 2012).

Dans le quotidien de l'intervention socio-sanitaire

Éducation sexuelle

Faire un choix éclairé suppose d'avoir le temps de s'informer et d'étudier les différentes possibilités. Il faudrait donc favoriser les rencontres éducatives, en groupe, pour dialoguer et partager les connaissances et les problèmes, c'est-à-dire résister à la tendance qui donne la part belle à des rencontres individuelles, cliniques et toujours plus brèves (FQPN, 2001).

Diverses recommandations sont faites pour améliorer l'éducation sexuelle :

- commencer plus jeune, au moins avant 12 ans, c'est-à-dire avant l'âge des premières expériences (Tremblay, 2001 ; Tessier, 1984 ; Aujoulat, 2007 ; Loignon, 1996)
- la répéter tout au long de la scolarité (Card, 1999 ; Aujoulat, 2007 ; FQPN, 2001)
- la professionnaliser : remplacer les professeurs par des professionnels formés aux besoins spécifiques de la sexualité des adolescents (c'est-à-dire avec des rapports irréguliers, imprévus, des croyances erronées, etc.) (Amsellem-Mainguy, 2011b ; Aujoulat, 2007 ; FQPN, 2001)
- favoriser la présence d'intervenants masculins afin de mieux rejoindre et sensibiliser les garçons

(Loignon, 1996)

- élargir aux établissements extrascolaires : foyers de jeunes travailleurs, maisons de jeunes, centres de planification familiale, etc. (Aubin et al, 2009)
- ancrer ces cours dans un ensemble plus large, incluant les différents domaines d'expérimentation des jeunes, comme les drogues, le sexe, la cigarette, etc., afin de promouvoir la prise en charge de leur santé et développer leur sens des responsabilités (Tessier, 1984 ; Aujoulat, 2007 ; Ça-sexprime, 2005)
- améliorer les capacités des adolescents à prendre des décisions, en matière de sexualité mais aussi dans les autres aspects de leur vie (Aujoulat, 2007 ; Commendador, 2006)
- développer des programmes d'évaluation de ces cours de façon systématique afin de s'assurer régulièrement de leur pertinence (Card, 1999 ; Loignon, 1996)
- mieux informer les jeunes de l'utilité des CLSC et des Planning Familiaux (préciser notamment qu'ils ne desservent pas que les demandes d'avortement) (Amsellem-Mainguy, 2011b ; Aujoulat, 2007 ; Loignon, 1996)

Concernant plus particulièrement la grossesse adolescente, Isabelle Aujoulat et ses collègues (2007) considèrent qu'il faudrait éviter de nier le désir d'enfant que peuvent ressentir certaines adolescentes, mais l'intégrer dans le dialogue des séances d'éducation sexuelle, reconnaître qu'il existe, peut être ambivalent et ne doit pas nécessairement se concrétiser par la conception d'un enfant.

Il faut aussi remettre en cause le « mythe de la contagion » selon lequel la vue d'une adolescente enceinte ou avec son enfant à l'école «donne le goût» aux autres jeunes filles d'avoir un enfant (Loignon, 1996). À l'opposé, une stratégie consiste à « faire peur » aux adolescentes en leur présentant des mères adolescentes puis en leur proposant des « solutions faciles » (contraceptifs, préservatifs) pour y remédier (Witte, 1997).

Encore différent est le « *Projet bébé-farine* » qui consiste à confier des bébés (en sacs de farine) à des jeune qui devront s'en occuper 24 heures sur 24 pendant 11 jours, tout en participant à des cours d'éducation sexuelle et des rencontres portant sur les thèmes associés à la grossesse. Ce projet a pour but de leur faire prendre conscience des responsabilités entourant la maternité et la paternité. D'après une entrevue réalisée avec une des élèves et des infirmières associées au projet, il suscite un intérêt certain chez les jeunes et augmente leur niveau de connaissances sur la sexualité, la grossesse et le rôle de parent, mais on ne connaît pas ses impacts effectifs sur la contraception et le nombre de grossesses (Loignon, 1996).

La pratique clinique

Diverses recommandations sont émises, dont certaines rejoignent celles des intervenants interrogés dans notre enquête.

Tout d'abord, est rappelée l'importance d'éviter toute attitude moralisante chez les intervenants, étant donné la difficulté éprouvée par nombre de jeunes pour s'adresser à eux pour des questions de sexualité (FQPN, 2001).

Ensuite, certaines études montrant que la dépression est associée à des comportements sexuels à risque, le personnel de santé en contact avec les adolescents devrait s'informer sur les prises de risques en santé sexuelle en cas de symptômes de dépression (Wilson et al., 2010).

Enfin et surtout, la prescription des moyens contraceptifs fait l'objet de diverses recommandation.

Les outils d'information et les formations offerts au personnel gratuitement par les compagnies pharmaceutiques prenant peu à peu une place prépondérante au sein des sources de mise à jour des connaissances (FQPN, 2001), ces dernières risquent d'être biaisées, c'est-à-dire orientées trop systématiquement vers les produits de ces compagnies pharmaceutiques. Il faut donc veiller à améliorer et diversifier la formation du personnel (Loignon, 1996). Attention également à un certain biais du personnel face aux différentes méthodes et à la façon dont elles sont présentées, comme la politique du « tout-pilule » (FQPN, 2001). La pilule n'est en effet pas toujours adaptée à la sexualité adolescente (Proulx, 2002 ; Kununoki, 2007), laquelle ne s'inscrit pas nécessairement dans le cadre d'une conjugalité établie et stable. Des rapports sexuels sporadiques et non planifiés peuvent décourager la prise d'une pilule tous les jours (Loignon, 1996). Ainsi, comparativement aux autres groupes, les adolescents sont les utilisateurs de contraception les plus imprévisibles (Reis, 1988). Une étude effectuée au Centre hospitalier Sainte-Justine auprès de cent adolescentes a montré que seulement 24% d'entre elles ont parfaitement respecté leurs rendez-vous sans que l'infirmière n'ait eu à téléphoner et ont utilisé adéquatement leur méthode de contraception sans aucune interruption durant les douze mois d'expérimentation (Tessier, 1986).

Il faudrait donc diversifier les moyens de contraception proposés (avec par exemple le stérilet ou l'anneau vaginal) pour améliorer l'observance des jeunes filles qui préfèrent des méthodes « qui se font oublier » (Jadoul, 2004 ; Winner *et al*., 2012). Il faudrait également mieux promouvoir les contraceptifs d'urgence (pilule du lendemain et stérilet postcoïtal) et les rendre accessibles à tous et en tout temps (Aubin *et al*., 2009 ; Aujoulat, 2007 ; Jadoul, 2004 ; FQPN, 2001). La possibilité de faciliter l'accès à la contraception d'urgence en développant le rôle du pharmacien est discutée par plusieurs auteurs (Soon *et al*., 2002 ; Rubin *et al*., 2011; Girma *et al*., 2011); elle est aujourd'hui effective au Québec.

Enfin, certains médecins proposent de justifier la prescription de la pilule à une jeune fille cachant sa vie sexuelle à ses parents par le traitement d'un acné ou la régularisation de leur cycle menstruel (Amsellem-Mainguy, 2003).

Internet et médias

Il est recommandé d'utiliser les médias de masse pour diffuser de l'information, sous forme de films éducatifs par exemple (Aujoulat, 2007). Internet peut permettre, pour un coût modéré, la diffusion d'informations par des pairs, des médecins ou d'autres intervenants, qui répondent à des questions posées anonymement, sur des sites interactifs, ainsi que le partage d'expériences (voir l'intérêt grandissant des sites comme onsexprime.fr, fil santé jeunes en France)[9].

Impliquer l'entourage

Les parents

Cette implication est proposée sous différents angles.

- Des programmes sont destinés à améliorer la communication parents/adolescents sur la sexualité (Forget *et al*., 1991 ; Aujoulat, 2007 ; Hacker *et al*., 2000 ; Tremblay, 2001 ; Loignon, 1996 ; Godeau *et al*., 2008). Des programmes d'éducation des parents à la communication parents-enfants dans le cadre de la prévention du suicide ont déjà fait la preuve de leur efficacité (Tombourou et Gregg, 2002, cité dans Aujoulat, 2007).
- D'autres cherchent à les soutenir dans la supervision de leurs enfants en les informant sur les risques, besoins et parcours sexuels des adolescents (Guilamo-Ramos et al., 2012). Le projet *Sexprimer pour une sexualité responsable* est un cours d'éducation sexuelle pour adolescents, avec envoi régulier d'un bulletin de liaison aux parents visant à améliorer la communication dans la famille sur la sexualité et la contraception. Cela semble efficace : l'attention parentale s'accroit et une grande majorité déclare avoir parlé avec leur enfant des bulletins et du projet éducatif en général, ainsi que de sexualité et de contraception (Forget *et al*., 1991).
- Enfin, d'autres encore visent à améliorer leurs connaissances sur ces questions (DeGraaf *et al*., 2010).

[9] La Santé de l'homme, n°418 - mars-avril 2012. Dossier "Éducation à la sexualité, du social à l'intime : l'émergence d'Internet et des réseaux sociaux" [http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-418.pdf]

Les pairs

L'idée ici est de considérer les adolescents non comme des récepteurs passifs, mais comme « des partenaires actifs dans la formulation et l'opérationnalisation des programmes destinés à leur venir en aide » (Tessier, 1984, p.69).

Le « counseling des pairs » désigne des interventions d'éducation à la vie affective et sexuelle qui ne sont pas de nature informative uniquement, en ce qu'elles procèdent de méthodes participatives qui favorisent l'émergence du questionnement des jeunes (Aujoulat, 2007 ; Tessier, 1984 ; Tremblay, 2001 ; Tessier, 1986 ; Ali *et al*., 2011 ; Hacker *et al*., 200 ; Charbonneau *et al*., 1984)).

Enfin, on a présenté ci-dessus une stratégie de prévention « par la peur » qui consiste à présenter des adolescentes enceintes ou mères (Witte, 1997).

Les garçons

Certains insistent sur l'importante d'impliquer les garçons, partenaires ou futurs partenaires, étant donné leur grande influence sur le parcours contraceptif des filles, et de ne pas différencier l'éducation donnée aux garçons de celle qui l'est aux filles (Price, 2011 ; Proulx, 2002 ; Boucher, 2003 ; Aujoulat, 2007 ; MacCorquodale, 1984 ; Ça-sexprime, 2005). Une éducation sexuellement différenciée renforcerait en effet l'image condoms=garçons, pilule=filles, d'où une responsabilisation divisée et différenciée plutôt que générale et partagée (Proulx, 2002). Il faudrait par exemple encourager les deux partenaires à venir aux rendez-vous dans les centres de planning familial (MacQuorcodale, 1984).

Partie IV – Vocation préventive et vulnérabilité : de la théorie aux pratiques

1. Introduction : une réflexion sur la vocation préventive de la clinique jeunesse

Un des objectifs de la recherche était d'interroger la vocation préventive de la clinique jeunesse. A travers son offre de service (prescription de différents moyens de contraception, de tests de grossesse, consultations pour interruption volontaire de grossesse (IVG), dépistage et traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), vaccinations, consultations psychosociales et de sexologie), la clinique jeunesse du CSSS Jeanne-Mance entend contribuer à éviter un certain nombre d'événements non désirés, voire dommageables à la santé des personnes (grossesses non désirées avec complications et troubles associés, propres aux jeunes filles ou non ; ITSS).

Cette vocation préventive peut être entendue à la fois au sens général et au sens spécifique. Général en ce qu'il s'adresse à tous les jeunes d'une même classe d'âge et établis sur un même territoire ; spécifique en ce qu'il s'agit de contribuer à répondre aux difficultés de jeunes particulièrement vulnérables. C'est ce dernier point qui nous intéresse particulièrement dans cette recherche. Dans quelle mesure les pratiques de la clinique jeunesse visent-elles à répondre aux besoins des jeunes vulnérables en termes de santé sexuelle ? Si oui, comment cet objectif se traduit-il en pratique ? Comment la vulnérabilité est-elle définie dans les pratiques orchestrées par les intervenantes ? Selon quels critères la vulnérabilité est-elle évaluée et par qui ? Quels sont les savoirs mobilisés pour ce faire ? Et, pour finir, cette question qui traverse tout le champ de la prévention ciblée : est-il possible de définir, rejoindre et répondre à la vulnérabilité sans donner prise à la stigmatisation ? Est-ce une question abordée à la clinique jeunesse ?

Ce chapitre a pour objet de rendre compte des démarches et des observations réalisées dans le but de confirmer ou d'infirmer la validité, dans le cas de la clinique jeunesse, de questionnements liés à des réflexions plus générales sur la prévention ciblée et l'usage de la notion de vulnérabilité dans les pratiques sociales, puis d'étudier, le cas échéant, la pertinence d'une recherche complémentaire sur le sujet.

Ce texte repose principalement sur une consultation de la littérature grise disponible ainsi que sur la parole d'intervenantes (infirmière et TS – quelques rencontres collectives entre mai 2012 et juin 2013).

Par ailleurs, il est fondé sur des données fournies par les archivistes ainsi que sur des échanges avec eux lors de deux rencontres collectives (janvier et juin 2013) ainsi que quelques éléments fournis par Fabiana Diaz, étudiante à la maîtrise en sociologie, dans le cadre de son stage à la clinique jeunesse (printemps 2013).

2. Une vocation préventive explicitement générale et implicitement spécifique

Selon le cadre de référence en vigueur (2006), la clinique jeunesse s'adresse à l'ensemble des adolescent-e-s susceptibles d'avoir besoin de services (soins ou conseil) en matière de santé sexuelle (contraception, IVG, ITSS). Le critère de l'âge est donc central, même si celui-ci a quelque peu fluctué au cours du temps. Quels sont les fondements de ce ciblage ? Il est justifié, d'une part, par le droit, fixant, à partir de la fin des années 1970, qu'en vertu de l'article 42 de la loi sur la protection de la santé publique, « un adolescent de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins et traitements nécessités par son état de santé » (Biron et al, 2010, p. 8 et note 2) - et, d'autre part, par l'idée selon laquelle il est nécessaire de prendre en compte les particularités sociales et psychologiques des adolescent-e-s pour fonder une approche adaptée à l'adolescence (dite (bio)psychosociale, globale, HEADS), tenant compte de « l'absence de jugements, acceptation de comportements irrationnels et de résistances au monde adulte » (référence est également faite à la « pensée magique, correspondant à une phase du développement cognitif où les adolescents sont dans l'instant présent et établissent des frontières floues entre le réel et l'imaginaire » – Biron et al., 2010, p. 13).10

Diverses recherches mettent en évidence que tous les adolescent-e-s ne sont pas égaux face aux problèmes que sont les ITSS, les grossesses non désirées, etc. Dans la littérature sur la prévention et la promotion de la santé, il est souvent mis en avant que la réussite des stratégies de prévention est conditionnée par l'accès à l'information sur les dangers/risques et les méthodes pour les contourner et la présence de soutiens dans l'environnement proche. Il en découle logiquement que les jeunes qui sont en

10 *Remarque* : le cadre de référence de la clinique jeunesse est assez succinct sur la question du ciblage, contrairement au cadre de référence proposé par l'ARSSS de la Montérégie qui fait référence au ***Plan National de Santé Publique*** (2003 – fixant des objectifs de santé pour les jeunes) et à un état de santé des jeunes, mettant en évidence la « prévalence plus élevée pour le groupe d'âge des 18-24 ans (mais aussi chez les 12-17 ans) des ITSS, des grossesses non désirées, des problèmes de santé mentale, consommation de tabac et d'alcool » (ARSSS Montérégie, 2006, p. 15). Le ciblage sur l'âge apparaît alors fondé sur la collecte d'**informations statistiques**, permettant de dessiner ce qu'on appelle parfois des facteurs de risque (mais ce terme n'a pas été rencontré jusqu'à présent).

situation de décrochage scolaire (le milieu scolaire étant un lieu-clé dans les stratégies de prévention et de promotion de la santé des jeunes) et/ou qui sont en situation d'isolement social (notamment ceux qui sont en conflit ou en rupture avec leur famille et ceux dans la famille est en situation d'isolement) sont particulièrement exposés à des problèmes de santé sexuelle. Cela est également apparu dans les entrevues avec les intervenantes en santé sexuelle de l'extérieur du CSSS (recherche Myriam). L'article de Biron et al. (2010) mentionne çà et là les difficultés spécifiques des jeunes issus de milieux défavorisés, des communautés culturelles, ceux dont l'environnement est moins soutenant. Par ailleurs, le Programme National de Santé Publique proclame la nécessité d'accorder une place particulière aux populations vulnérables dans l'accès à la santé. Il n'est donc pas étonnant que les pratiques de la clinique jeunesse tiennent compte de facteurs de vulnérabilité chez certains jeunes et adaptent leurs pratiques en conséquence. Selon les intervenantes, c'est près de la moitié des usagers de la clinique qui présentent des facteurs de vulnérabilité sociale, que ce soit pour les IVG ou les consultations en contraception.

Comment la vulnérabilité est-elle définie ? En cherchant à savoir quelle est/quelles sont la/les référence/s pour déterminer une situation de vulnérabilité au CSSS Jeanne-Mance nous en sommes arrivées à la définition du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, retranscrite dans le document *L'intégration des services de santé et des services sociaux* (MSSS, 2004), d'où il ressort qu'est considérée vulnérable (et donc éligible à une attention particulière dans les pratiques des intervenants pour favoriser leur accès aux services, accès primaire et secondaire, à savoir accompagnement dans le système de santé et de services sociaux) toute personne dont on estime particulièrement probable qu'elle rencontre des problèmes psycho-sociaux et de santé, ce parce que ces personnes 'cumulent des facteurs de risque'. Sont nommément considérées comme vulnérables les 'groupes défavorisés sur le plan économique' et 'certaines communautés culturelles dont les communautés autochtones'. Il s'agit là d'un cadrage très général qui repose sur des critères essentiellement sociaux et non pas sanitaires, ce qui peut paraître étonnant dans le contexte de la santé et des services sociaux. De plus, il reste à savoir si ces critères généraux se déclinent en des critères plus précis, propres aux différents programmes ou sous-programmes encadrant les pratiques de première ligne (par exemple critères de revenu, etc.). Il reste aussi à savoir sur quelles connaissances ces appréciations générales sont fondées. Concernant plus particulièrement les pratiques de la clinique jeunesse encadrées par le sous-programme 'jeunes en difficulté' (pratiques de travail social), la définition de référence pour les intervenantes est résiduelle, c'est-à-dire qu'il s'agit de traiter toutes les demandes concernant les jeunes qui rencontrent des

difficultés d'ordre familial, transitoire ou chronique mais qui ne sont pas desservis par les services en santé mentale.

Dans leurs pratiques, les intervenantes n'ont pas recours à des critères génériques (valables pour tous) et prédéterminés pour évaluer la vulnérabilité des jeunes qui entrent en contact avec la clinique. Elles considèrent que « tout jeune a un potentiel de vulnérabilité ». L'évaluation d'éventuels besoins particuliers repose essentiellement sur les observations des intervenantes lors des premiers contacts, téléphoniques ou en face-à-face, des rencontres et des examens avec les usagers. Lors de ces contacts, elles ont essentiellement recours à leur jugement professionnel pour repérer des situations de vulnérabilité et envisager, le cas échéant, un suivi, un accompagnement adapté : L'entourage du jeune est-il soutenant est un souci majeur. Le jeune est-il soutenu par ses proches dans sa démarche d'aller vers la clinique, ou bien opère-t-il dans le secret le plus complet vis-à-vis de sa famille ? De fait, il apparaît que certaines jeunes filles appellent depuis les toilettes de l'école pendant leur pause pour parler de leur grossesse à l'infirmière…

A travers leurs échanges avec les jeunes, les intervenantes cherchent à repérer les indices qui permettront de déceler des situations de vulnérabilité : anxiété ; toxicomanie ; symptômes dépressifs ; difficultés à s'arrimer à l'école ; tentatives de suicide ; est-ce que les filles sont actives en travail du sexe, escorte, massage ; danse ; est-ce que le réseau social est soutenant ou au contraire fragilisant (par exemple quand il y a de la violence à la maison) ? Est-ce qu'il y a des risques d'intimidation, ou bien est-ce qu'il y a des comportements générant de l'intimidation ? Dans l'évaluation, il est également tenu compte des capacités à se mobiliser de manière adéquate face à certaines situations difficiles, par exemple face à l'intimidation. La provenance de centre-jeunesse peut également être prise en compte. Des critères d'ordre sanitaire peuvent également jouer comme, par exemple, plusieurs diagnostics de gonorrhée ou bien de chlamydia dans l'année.

D'autres indices d'ordre psycho-social peuvent être repérés lors de l'entretien : y a-t-il des symptômes de désorganisation ? La personne agit-elle de façon cohérente ? Respecte-t-elle les rendez-vous ? Sur ce dernier point les intervenantes incitent les jeunes à observer les règles de la clinique mais elles accordent « une certaine dose de tolérance » pour les jeunes dont l'irrégularité semble relever de l'inorganisation. Le non-respect de la règle de la consultation sur rendez-vous n'est donc pas un critère d'exclusion a priori mais plutôt, dans certains cas, une raison d'accorder une attention particulière à

certaines situations, voire une occasion d'entamer un dialogue ou même de contribuer à une démarche éducative.

La réalisation du diagnostic d'ITSS (sanitaire) est parfois l'occasion de découvrir certains aspects du contexte social propre au jeune. Certains indices d'ordre sanitaire, social et psycho-social sont donc abordés conjointement.

3. De l'évaluation de la vulnérabilité à son accompagnement

Adapter les pratiques aux situations de vulnérabilité consiste principalement à assurer un suivi avec les jeunes qui paraissent en situation de vulnérabilité suite au premier contact/examen, à tenter de garder le contact avec les usagers jusqu'à ce que leurs besoins soient pris en charge, ou, du moins, ne pas les laisser partir avant d'avoir identifié les personnes qui sont en mesure de leur donner le soutien nécessaire : si ce n'est leurs parents, une infirmière scolaire ou bien des ressources là où elles vivent, etc. Adapter le suivi en ce sens peut supposer de dépasser la limite d'âge ou bien la limite territoriale. Pour ce faire, le jugement du médecin est déterminant : un dépassement de limite d'âge ou de territoire devient possible lorsque le médecin le juge nécessaire. Mais ce n'est pas toujours possible, il peut y avoir des barrières. Il faut aussi pouvoir assurer une certaine souplesse dans le suivi, ce qui peut impliquer un temps d'intervention non négligeable (soutenir les jeunes dans leur démarche de soin en situation de contexte défavorable ou incertain, par exemple quand il y a un flou au niveau de la prise en charge par les assurances).

Le jugement concernant la situation de vulnérabilité se fonde, on l'a dit, sur la présence d'indices de vulnérabilité. Ce travail repose sur des examens médicaux mais aussi sur le recueil du témoignage de l'usager ; pour l'un et l'autre l'interprétation peut comporter une marge d'erreur, peut éveiller des doutes et il faut parfois prendre une décision sur l'orientation du suivi sans avoir pu lever tous les doutes. Ce que disent les jeunes étant le point de départ de l'intervention, il n'en demeure pas moins que l'interprétation de leur discours est parfois un exercice délicat. Ce que disent les jeunes est ce dont ils se sentent capables de dire à un moment donné et dans un contexte donné. Pouvoir prendre le temps d'établir un contact positif, avoir la patience d'instaurer une relation de confiance est évidemment déterminant pour la qualité du diagnostic mais aussi la qualité du suivi. Cela peut nécessiter plusieurs

contacts avec l'usager en situation de vulnérabilité. La qualité du diagnostic peut aussi être renforcée par la possibilité d'avoir plusieurs contacts avec l'usager. Il ressort parfois que le motif initial de consultation s'accompagne en fait de problèmes plus graves (certaines jeunes s'alarment pour un petit bouton sur le vagin alors que parallèlement elles prennent des risques avérés en matière d'activité sexuelle).

La communication entre intervenantes est également prisée à la clinique jeunesse : elle permet d'attirer l'attention sur des éléments spécifiques à certains cas, ou bien de relayer les interrogations des unes et des autres, afin de personnaliser les suivis. Les intervenantes ont pour cela recours à des « petits collants jaunes ». La personne qui accueille les usagers joue aussi un rôle propre aux côtés des intervenantes : elle « voit » les jeunes pendant le temps d'attente. Son regard, nourri de son expertise de l'accueil dans l'environnement spécifique qu'est celui de la clinique jeunesse, importe pour les intervenantes.

Parmi les éléments déterminants pour la qualité d'un suivi adapté à une situation de vulnérabilité, il y a bien sûr le jugement professionnel des intervenantes, qui va de pair avec une longue expérience de la pratique, la capacité à prendre en compte une multitude d'éléments dans le cas d'adolescents, qui plus est dans une situation de vulnérabilité et avec la réflexivité sur les pratiques. Les jeunes infirmières qui arrivent à la clinique ne sont pas formées et peu sensibilisées à ces différents aspects de la pratique en clinique jeunesse au départ mais certaines d'entre elles évoluent rapidement au fil de la pratique. Par exemple, comment s'y prendre face à une jeune fille indécise alors qu'en 2e trimestre de grossesse ? La formation de la relève (notamment des infirmières prenant un poste) débute par la consultation à deux (où il s'agit notamment d'apprendre à mener une entrevue de manière efficace, en laissant à la fois la place à la parole de l'usager en étant capable de juger quand il est nécessaire de recentrer l'échange) puis la consultation sous l'observation de l'intervenante la plus expérimentée. Le soutien de l'encadrement est également important (médecins ; gestionnaires). La qualité de l'accueil réservé aux usagers est également déterminante (il paraît important aux intervenantes que l'accueil téléphonique n'entre pas en conflit avec l'accueil in situ – quand, par exemple, il n'y a qu'une personne pour assurer les deux formes d'accueil en même temps ; cela semble confirmé par l'enquête auprès des usagers réalisée par Fabiana Diaz).

Il faut aussi souligner l'implication personnelle des intervenantes, notamment la conviction que, malgré

la difficulté à appréhender les situations de vulnérabilité propres aux adolescents, il faut le faire. Une intervenante cite avec force l'éventualité qu'un enfant vienne au monde dans des conditions difficile : face à cela elle se fait un devoir de « s'assurer que la jeune enceinte a eu le soutien nécessaire pour prendre une décision éclairée ».

4. Le souci des enjeux de stigmatisation dans les pratiques de la clinique jeunesse

Il est assez bien connu qu'en prévention ciblée, quand on cherche à aider une personne dont on estime qu'elle est à risque élevé de rencontrer certains problèmes, il y a un degré d'incertitude qui fait qu'on risque de se tromper (surévaluer les risques, sous-évaluer les risques, ou bien privilégier certains risques par rapport à d'autres à tort). Le fait de se tromper (même légèrement) peut induire des conséquences négatives pour la personne dont on estime qu'elle est à risque, par exemple qu'elle ait le sentiment d'être accusée de quelque chose de déplacé, ou bien induire chez cette personne des questions qu'elle ne se posait pas avant et qu'elle n'a pas lieu de se poser, voire même induire des comportements à risque. Même si le ciblage est juste, l'étiquette 'vulnérable' peut être lourde à porter (Canuto, 2008). Du fait que la clinique jeunesse soit ouverte à tous les jeunes, que le repérage de facteurs de vulnérabilité ait lieu dans le même cadre et que, en cas de suivi, ce sont les mêmes intervenantes qui font le suivi que dans le cas général, la clinique semble offrir un cadre propice à mener des action de prévention tout en évitant de donner prise à la stigmatisation. Selon les intervenantes, leurs pratiques ont cours dans un contexte où il y a peu de risque de stigmatiser du fait que les jeunes viennent de leur propre initiative. Le but des intervenantes étant que les jeunes n'hésitent pas à revenir quand ils se trouveront en situation difficile : « Comme notre but est qu'ils reviennent, on laisse aller quand on sent qu'ils sont méfiants, on ne veut pas les coincer, pour qu'ils reviennent quand ils seront mal pris. Au lieu de mettre une pression sur ces jeunes, nous leur offrons plus de souplesse. Aussi on a appris à "gérer un certain niveau de risque" (faire revenir une jeune qui nous inquiète, ne pas signaler à la DPJ sans avoir tenté d'offrir quelque chose, sachant que la plupart du temps la DPJ ne pourra faire plus que nous, etc.). » Quel est le vécu des jeunes sur ce point ? Est-ce que la clinique a selon eux une étiquette 'service pour vulnérables' ? Comment interpréter le fait que la moitié des usagers soient perçus comme en situation de vulnérabilité ? Est-ce beaucoup par rapport à la population jeune du territoire ? Questions en suspens...

5. Des pratiques spécifiques peu visibles dans les statistiques ?

La visibilité des pratiques spécifiques aux situations de vulnérabilité semble assez réduite à travers l'enregistrement des actes des intervenants qui sert de base à la production de statistiques (et donc à l'évaluation formelle des pratiques). Une première raison de cette faible visibilité est que les démarches faites pour les usagers ne peuvent être comptabilisées qu'une fois par jour par intervenant et par usager, ce qui ne permet pas de témoigner de la réalité de certains suivis, supposant des démarches multiples, émanant de TS mais aussi d'infirmières (par exemple sur la question des assurances). Si cette limitation permet d'éviter les recours abusifs à la rubrique démarches, elle contraint les intervenants qui effectuent des démarches à ne pas comptabiliser leurs pratiques, ou bien à les reporter vers d'autres rubriques, ce qui contribue, dans un cas comme dans l'autre, à biaiser la vocation des statistiques à rendre compte de l'activité réelle des pratiques en CSSS. Ces pratiques spécifiques sont sans doute mieux rendues dans les dossiers des usagers. Encore faut-il les consulter et en tenir compte dans l'évaluation des pratiques : est-ce le cas ? Accueillir des jeunes en situation de vulnérabilité s'accompagne d'un taux assez élevé de rendez-vous manqués ; ce qui pourrait être un indicateur que la clinique touche effectivement des clientèles en situation de vulnérabilité mais pose problème dans l'évaluation des pratiques, en particulier pour les TS qui sont évaluées au rendement.

Par ailleurs, une deuxième raison est que les outils statistiques existants sont mieux adaptés à la réalité des pratiques à caractère médical qu'aux pratiques à caractère psycho-social, qui constituent une part non-négligeable des pratiques spécifiques envers les populations en situation de vulnérabilité en rapport aux enjeux de santé sexuelle. Ces pratiques perdurent car les intervenantes ont le soutien des gestionnaires mais qu'en sera-t-il à l'avenir, en cas de coupes budgétaires ?

6. Conclusions provisoires et pistes de recherche

D'une manière générale, les témoignages recueillis sont très intéressants et rendent compte de réalités qui semblent très peu documentées à ce jour, bien qu'en ligne avec ce qui est souvent entendu comme

‘bonne recette’ en matière de prévention spécifique auprès des populations vulnérables : un accompagnement spécifique au sein d’une offre de service général non stigmatisant. Les intervenantes semblent disposer d’une marge de manœuvre assez importante pour évaluer la vulnérabilité sur la base de leur jugement professionnel (et non simplement sur des 'boîtes à cocher' parachutées depuis l’extérieur – comme c'est le cas dans d'autres endroits) et traduire cette appréhension de la vulnérabilité dans des pratiques de suivi et d’accompagnement spécifique. Il semblerait intéressant de confirmer et de compléter ces observations exploratoires par des observations de pratiques in situ, permettant une analyse systématique des modes d’appréhension de la vulnérabilité par l’ensemble des intervenantes (infirmières, TS mais aussi médecins et sexologue, non rencontrés à ce jour malgré leur rôle déterminant, on l’a vu). De telles observations pourraient utilement reposer sur de l’observation participante à la clinique associée à la consultation et à l’analyse de dossiers de jeunes vulnérables, sans oublier le recueil de la parole des usagers sur leur trajectoire jusqu’à la clinique (les obstacles, les guides) ainsi que sur leur vécu des pratiques de la clinique à leur égard. Fabiana Diaz fournit quelques éléments : facilité d'accès pour ceux qui y sont arrivés. Y en a-t-il d'autres ?

Questions en suspens

Ce texte porte principalement sur le cas des jeunes qui se présentent à la clinique jeunesse du CSSS Jeanne-Mance. Dans quelle mesure cela concerne-t-il l’ensemble des jeunes vulnérables du territoire rencontrant des problèmes quant à leur santé sexuelle ? Y en aurait-il d’autres, tout autant vulnérables ou même plus encore, qui ne se rendent pas à la clinique ? Est-ce un objectif de les rejoindre et de répondre à leurs besoins ? Est-il question de chercher à s'assurer qu'on rejoint bien tous les jeunes qui sont dans le besoin ? Si oui, quels sont les acteurs qui s'en préoccupent et dans quel cadre ? Concertations entre clinique jeunesse et organismes communautaires visant les jeunes très marginalisés ? Animer un kiosque aux Habitations Jeanne-Mance peut sembler une bonne façon d'aller au-devant des jeunes résidents qui ne se rendent à la clinique que pour les urgences mais ne l'est pas nécessairement. Le vécu des intervenantes qui s'y sont prêtées est plutôt négatif (peu de contacts ayant rapport avec le cœur de la clinique en regard de beaucoup d'autres sans rapport direct). Un blitz ciblé sur les ITSS pourrait éventuellement être une bonne occasion de faire connaître la clinique dans les écoles.

Les savoirs expérienciels ont-ils une place dans les pratiques de la clinique jeunesse ? Est-ce que les dangers, les risques, les facteurs de vulnérabilité ou bien de protection font l'objet de discussions, voire de débat avec les usagers ? L'intérêt des intervenantes pour la recherche de Fabiana Diaz paraît être une occasion que les pratiques de la clinique tiennent compte du point de vue des usagers. Une recherche complémentaire sur ce sujet est également bienvenue.

Comparaison avec les témoignages d'autres intervenants interrogés dans le cadre de la recherche (en poste dans d'autres cliniques jeunesse ou autres ressources en santé sexuelle) : la comparaison est malaisée du fait que les questions n'ont pas été posées de la même manière. Tout au plus on peut noter une convergence concernant la nécessité d'accorder du temps à l'accueil et à l'appréhension de situations complexes et incertaines et de permettre une adaptation des pratiques en conséquence. Dans quelle mesure cela se traduit dans les pratiques ? Revenir vers la clinique jeunesse en CLSC qui a maintenu une certaine interdisciplinarité (infirmière/TS ou sexologue – dans mon souvenir il y en avait une autre à Montréal – seulement une !! - mais je n'ai pas l'info sous la main – à reprendre) pour poser les mêmes questions, voire même développer des observations comparables ?

Partie V – Une réflexion sur les statistiques produits à la clinique jeunesse

D'un questionnement sur les fluctuations dans la fréquentation des services...

Suite au questionnement sur ce sujet au CSSS Jeanne-Mance, les intervenants en place dans d'autres CSSS ou des organismes communautaires opérant à Montréal ont été interrogés sur les fluctuations dans la fréquentation de leurs services depuis quelques années. Là encore, rappelons que leurs réponses relèvent de leur perçu subjectif. Cependant c'est à ce titre qu'elles nous intéressent : si nous avions été intéressées par la réalité quantitative de ces fréquentations, alors nous aurions été plus avisées de consulter directement les rapports d'activité de ces structures ; en revanche, les interprétations que donnent les intervenants aux fluctuations qu'ils affirment ou non constater sont une façon de mobiliser les constats généraux rapportés au fil des chapitres précédents sur ce qui favorise et ce qui entrave l'accès des jeunes aux services.

Certains intervenants n'ont pas noté de fluctuation dans la fréquentation de leurs services. D'autres ont noté qu'elle avait diminué, ce qu'ils expliquent par :

- l'absence de certains intervenants non complètement remplacés, d'où une ouverture moins régulière des services : *« C'est sûr que les jeunes, quand ils viennent une fois et qu'ils se pointent le nez et que c'est fermé, ils ne sont pas intéressés à revenir. »*
- le rétrécissement de la plage des âges d'admissibilité
- l'application de l'ordonnance collective pour l'initiation de la contraception par les infirmières scolaires et la disponibilité de la contraception d'urgence dans les écoles : *« Les infirmières font tout dans les écoles, même l'initiation à la contraception. Pourquoi se déplacer quand ils ont tout sur place ? »*

D'autres enfin ont noté une augmentation de la fréquentation, ce qu'ils expliquent par :

- l'élargissement du champ de pratiques des infirmières : depuis janvier 2009, la réalisation de dépistages des ITSS a considérablement augmenté le nombre de consultations (motifs deux fois plus fréquent que la contraception dans l'une des cliniques jeunesse visitées) ; le dépistage des ITSS par des tests sur l'urine et non plus urétraux est également cité
- l'augmentation des consultations en santé mentale dans un site qui en offre
- l'élargissement de la plage des âges d'admissibilité
- l'élargissement de la plage des heures d'ouverture (exemple : jusqu'à 20h, 2 soirs par semaine)

… À un questionnement sur les statistiques produites au CSSS Jeanne-Mance

Dans le but d'analyser les pratiques de la clinique jeunesse dans sa globalité, nous avons tout d'abord cherché à savoir ce que les statistiques produites par les intervenantes liées à la clinique permettent de renseigner (sur une période partant de 2001 à aujourd'hui) à partir des questions suivantes :

- le nombre d'IVG effectués
- la provenance de la clientèle (territoire du CSSS ou extérieur ? Où dans le territoire – si codage par codes postaux ?)
- le nombre de filles par rapport au nombre de garçons
- l'âge (13 ans ; 14-17 ans ; 18 ans et plus)
- les motifs, raisons de consultation

Ces questions se sont avérées difficiles à appréhender du point de vue statistique pour plusieurs raisons. D'une part, le mode d'enregistrement des données a évolué au cours de la période qui nous intéresse (2001-). Depuis 2010, les données statistiques ont été compilées dans un seul logiciel au lieu des 3 logiciels utilisés précédemment, ce qui a permis de limiter les doublons mais a aussi eu pour effet de diminuer considérablement le nombre d'usagers rencontrés. Par conséquent, les données de 2001 à 2009 sont difficilement comparables à celles de 2010 et 2011. Par ailleurs, au fil du temps, les intervenants, qui avaient au départ accès à tous les codes possibles, ont vu le nombre de codes ouverts à l'enregistrement se réduire, ce en vue de limiter les erreurs de codage, selon les archivistes. Certaines de ces erreurs sont parfois corrigées par les archivistes.

D'autre part, la difficulté tient au fait que les activités des intervenantes portent sur plusieurs programmes ou sous-programmes. L'entrée par programme, qui a d'abord été privilégiée, s'est donc avérée peu concluante, sauf pour les soins infirmiers (avec cependant des limites là aussi).

Nous avons donc envisagé, en concertation avec les archivistes, de compléter les tableaux produits en suivant l'entrée par programme par deux séries complémentaires :

Une série en suivant l'entrée par les intervenantes puis l'entrée par les dossiers d'usagers.

1. En partant de l'entrée par intervenantes, l'idée est de faire une compilation à partir des statistiques faites par chacune des intervenantes de la Clinique, puisque le personnel est stable depuis plusieurs années. Les statistiques individuelles semblent plus parlantes, plus fiables. Il manque simplement les statistiques de quelques remplaçantes (infirmières) durant les vacances d'été.

2. En suivant l'entrée par dossier d'usagers, il s'agissait de repérer le nombre d'interventions par usager, quelles interventions impliquant quelles autres intervenantes (de la clinique voire même d'autres programmes du CSSS). Plusieurs entrées sont possibles : partir des usagers liés à un programme donné (jeunes en difficulté et programme IVG) ; partir du lieu de service des usagers jeunes (CLSC centre-ville) ; des raisons de consultation : il serait intéressant de faire ressortir afin d'identifier quels sont les principaux motifs de consultation et l'évolution des demandes, notamment parmi les IVG, la contraception, les ITSS, etc. ? Peut-on parler d'une diminution des demandes IVG ? D'une augmentation des demandes en contraception et ITSS ?

Concernant la période nous avons réduit à 3 ou 5 années, de manière à comparer des statistiques comparables, tout en permettant de ne pas nous priver d'appréhender la durée plus ou moins longue de certains suivis. 15 nouveaux tableaux ont été produits en septembre 2013. Leur analyse est en cours.

Conclusion

De par la vocation exploratoire de la recherche, il est difficile d'établir des conclusions suite aux travaux menés, malgré la richesse des lectures et des échanges qui en constituent le socle. Ce rapport s'achève donc plutôt sur une proposition de suite, nourrie par l'ensemble des travaux réalisés à ce jour.

Cette recherche porterait sur la prévention ciblée en santé sexuelle des adolescents au centre-ville de Montréal et viserait à croiser différents regards sur les pratiques de la clinique jeunesse. Elle partirait du constat selon lequel atteindre les 'plus à risque' est un objectif souvent présent dans les programmes de prévention, pour se poser les questions suivantes : comment définir les 'plus à risque' ? Quels sont les savoirs mobilisés pour ce faire ? Comment s'assurer que le ciblage est pertinent ? Comment peut-on s'y prendre pour atteindre ce public ? Et, quand il est atteint, dans quelle mesure est-il possible de ne pas donner prise à la stigmatisation ?

Ces questions générales, communes à l'ensemble de la prévention ciblée, seraient abordées à l'aune des pratiques de la clinique jeunesse du CSSS Jeanne-Mance. Lors de la recherche exploratoire dont fait état ce rapport, les témoignages recueillis rendent compte de pratiques qui semblent très peu documentées à ce jour, bien que conformes à ce qui est souvent entendu comme de ‘bonnes recettes’ en matière de prévention spécifique auprès des populations vulnérables : un accompagnement spécifique au sein d’une offre de service général non stigmatisant. Les intervenantes s’appuient principalement sur leur jugement professionnel pour évaluer la vulnérabilité et traduire cette appréhension de la vulnérabilité dans des pratiques de suivi et d’accompagnement spécifique. Les pratiques de la clinique semblent bien perçues par les jeunes vulnérables. Ces observations restent à confirmer à travers des observations de pratiques *in situ*, permettant une analyse systématique des modes d’appréhension de la vulnérabilité par l’ensemble des intervenantes (infirmières, TS mais aussi médecins et sexologue).
D’un point de vue méthodologique, il s’agirait de mener des observations ethnographiques à la clinique jeunesse ; de consulter et analyser des dossiers de jeunes vulnérables, sans oublier le recueil de la parole des usagers sur leur trajectoire jusqu’à la clinique (les obstacles, les guides) ainsi que sur leur vécu des pratiques de la clinique à leur égard.

Une telle recherche permettrait d'appréhender l’articulation de différents savoirs sur la vulnérabilité et l'incertitude : savoirs actuariels, savoirs professionnels et savoirs expérienciels, mais aussi la portée de

l'intervention socio-sanitaire en termes de réduction des inégalités sociales.

Références

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2009a). Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) [http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php].

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2009b). Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Ottawa, 2009. [http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf].

Ali, M. M., Amialchuk, A., & Dwyer, D. S. (2011). Social Network Effects in Contraceptive Behavior Among Adolescents. *Journal of developmental and behavioral pediatrics, 32*(8), 563-571

Al-Sahab, B., Heifetz, M., Tamim, H., Bohr, Y., & Connolly, J. (2012). Prevalence and Characteristics of Teen Motherhood in Canada. Maternal and Child Health Journal, 16(1), 228-234.

Amsellem-Mainguy, Y. (2011)a. Contraception et grossesses à l'adolescence : vers une reconnaissance du droit à l'intimité des jeunes. *Informations sociales, 165-166*(3-4), 156-163.

Amsellem-Mainguy, Y. (2011)b. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. *Santé Publique, 23*(2), 77-87.

Amsellem-Mainguy, Y. (2003). La première contraception, au-delà de la question de la fécondité. Trois temps pour entreprendre sa biographie contraceptive. *Agora débats/jeunesses, 53*, 21-23.

Arai, L. (2003). Low expectations, sexual attitudes and knowledge: explaining teenage pregnancy and fertility in English communities. Insights from qualitative research [Faibles attentes, attitudes sexuelles et savoir : explication des grossesses adolescentes et de la fertilité dans les communautés anglaises]. *The Sociological review, 51*(2), 199-199.

Aubin, C., & Jourdain Menninger, D. (2009). Évaluation *des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*: Inspection général des affaires sociales, Gouvernement Français.

Aujoulat, I., Libion, F., & Rose, B. (2007). *Les grossesses chez les adolescentes : Analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue & Recommandations concernant leur prévention et leur accompagnement* (Rapport final de recherche). Bruxelles: Université Catholique de Louvain. Unité d'éducation pour la santé. Bruxelles.

Bennett, S. (2005). School-based teenage pregnancy prevention programs: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Adolescent Health, 36*(1), 72-81.

Berrewaerts, J., & Noirhomme-Renard F. (2006). *Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature* ? UCL- RESO Dossier technique Juin 2006 Réf. : 06-40. Unité RESO, Education pour la Santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain ULC, 43 p.

Boucher, K. (2003). « Faites la prévention, mais pas l'amour ! » : des regards féministes sur la recherche et l'intervention en éducation sexuelle. *Recherches féministes, 16*(1), 121-158.

Bozon, M., & Kontula, O. (1997). Initiation sexuelle et genre : comparaison des évolutions de douze pays européens. *Population, 52*(6), 1367-1400.

Brugman, M., Caron, S. L., & Rademakers, J. (2010). Emerging Adolescent Sexuality: A Comparison of American and Dutch College Women's Experiences. International Journal of Sexual Health, 22(1), 32-46.

Card, J. J. (1999). Teen Pregnancy Prevention: Do Any Programs Work? *Annual Review of Public Health, 20*(1), 257-285.

Charbonneau, L., Fortin, G., & Tessier, M. (1984). La Clinique des Jeunes Saint-Denis, six ans plus tard. *Santé mentale au Québec, 9*(2), 74-82.

Coles, M. S., Makino, K. K., Stanwood, N. L., Dozier, A., & Klein, J. D. (2010). How Are Restrictive Abortion Statutes Associated With Unintended Teen Birth? Journal of Adolescent Health, 47(2), 160-167.

Commendador, K. A. (2006). *The relationship between female adolescent self-esteem, decision making and contraceptive behavior*. Unpublished 3216054, University of Hawai'i at Manoa, United States -- Hawaii.

Darroch, J. E., Frost, J. J., Singh, S. & The Study Team (2001a). Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries. Can More Progress Be Made? The Alan Guttmacher Institute, New York, Washington, Occasional Report No. 3. November 2001

Darroch, J. E., Singh, S., Frost, J. J., & Study Team. (2001b). Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: The roles of sexual activity and contraceptive use. *Family Planning Perspectives, 33*(6), 244-+.

DeGraaf, H., Vanwesenbeeck, I., Woertman, L., Keijsers, L., Meijer, S., & Meeus, W. (2010). Parental Support and Knowledge and Adolescents' Sexual Health: Testing Two Mediational Models in a National Dutch Sample. *Journal of youth and adolescence, 39*(2), 189-198.

Fédération du Québec pour le Planning des Naissances (FQPN) (2001). *Le planning des naissances au Québec : portrait des services et paroles de femmes*.

Forget, G., Bilodeau, A., & Tétreault, J. (1991). Le projet « SEXPRIMER » : agir auprès des parents afin de promouvoir une sexualité responsable à l'adolescence. *Comprendre la famille*, 433-447.

Franklin, C., Grant, D., Corcoran, J., O'Dell, M., Pamela, & Bultman, L. (1997). Effectiveness of prevention programs for adolescent pregnancy: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family, 59*(3), 551-

567.

Frappier, J. Y., Kaufman, M., Baltzer, F., Elliott, A., Lane, M., Pinzon, J., & al. (2008). Sex and sexual health: A survey of Canadian youth and mothers. *Paediatrics & Child Health, 13*(1), 25-30.

Girma, S., & Paton, D. (2011). The impact of emergency birth control on teen pregnancy and STIs. Journal of Health Economics, 30(2), 373-380.

Godeau, E., Gabhainn, S. N., Vignes, C., Ross, J., Boyce, W., & Todd, J. (2008). Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 162(1), 66-73.

Goyette, M. & Mann-Feder, V. (2009) Jeunes femmes à risque de maternité précoce et jeunes femmes enceintes ou mères issues des centres jeunesse : leur profil, leur devenir et les pistes d'intervention en vue de soutenir leur passage à la vie adulte. Montréal, ENAP, 2009. 75 p.

Guilamo-Ramos, V., Goldberg, V., Lee, J. J., McCarthy, K., & Leavitt, S. (2012). Latino Adolescent Reproductive and Sexual Health Behaviors and Outcomes: Research Informed Guidance for Agency-Based Practitioners. [Article]. *Clinical Social Work Journal, 40*(2), 144-156.

Hacker, K. A., Amare, Y., Strunk, N., & Horst, L. (2000). Listening to Youth: Teen Perspectives on Pregnancy Prevention. *Journal of Adolescent Health, 26*(4), 279 288.

Haley, N., Maheux, B., Rivard, M., & Gervais, A. (2002). Unsafe sex, substance abuse, and domestic violence: How do recently trained obstetricians-gynecologists fare at lifestyle risk assessment and counseling on STD prevention? Preventive Medicine, 34(6), 632-637.

Jadoul, P. (2004). La contraception chez l'adolescente. *Service de gynécologie, Cliniques Universitaires Saint Luc, Bruxelles*, 375-379.

Kearney, M. S., & Levine, P. B. (2012). Why is the teen birth rate in the United States so high and why does it matter? J Econ Perspect, 26(2), 141-166.Larson, C. P. (2007). Poverty during pregnancy: Its effects on child health outcomes. *Paediatrics & Child Health, 12*(8), 673-677.

Kusunoki, Y. Y. (2007). *Contraceptive behavior among youth in the United States: The importance of relationship characteristics.* Unpublished 3280971, University of California, Los Angeles, United States -- California.

Lebreton, C. (2009). Les revues québécoises pour adolescentes et l'idéologie du girl power. *Recherches féministes, 22*(1), 85-103.

Levy, J. J., Maticka-Tyndale, E., & Lew, V. A. (1992). Pratiques contraceptives et préventives face au sida

parmi un groupe de cégépiens de Montréal : variations inter-ethniques. *Nouvelles pratiques sociales, 5*(2), 24-35.

Loignon, C. (1996). *L'adolescence bousculée : Prévention et soutien de la grossesse et de la maternité/paternité à l'adolescence. État de la situation pour la région de Montréal.* Rapport de recherche menée dans le cadre du programme *Projet Placement Carrière* Naissance Renaissance. Regroupement québecois.

MacCorquodale, P. L. (1984). Gender Roles and Premarital Contraception. *Journal of Marriage and Family, 46*(1), 57-63.

Maillochon, F. (2012). Premières relations sexuelles et prises de risque. *L'éclairage des enquêtes statistiques réalisées en France, 60*(1), 59-66.

Manlove, J. S., Terry-Humen, E., Ikramullah, E. N., & Moore, K. A. (2006). The role of parent religiosity in teens' transitions to sex and contraception. *Journal of Adolescent Health, 39*(4), 578-587.

McKay, A. (1999). Comment régler les questions de l'éducation en matière de sante sexuelle? *Journal CAHPERD, 65*(1), 36-38.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2008) *Taux de grossesse chez les moins de 18 ans selon l'issue, Québec, 1980 à 2003.*

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (2004) *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.* http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf

Price, K. (2011). The Quest for Purity: The Role of Policy Narratives in Determining Teen Girls' Access to Emergency Contraception in the USA. *Sexuality research & social policy, 8*(4), 282-293.

Proulx, M.-C. (2002). *Les croyances et les attitudes des adolescentes et des adolescents à l'égard des méthodes de contraception: Une affaire de sexe.* Unpublished MQ77351, Universite Laval (Canada), Canada.

Reis, J. (1988). Contraceptive Orientation in Young Inner-City Adolescents: A Discriminant Analysis. *The Journal of Early Adolescence, 8*, 157-168.

Rubin, A. G., Gold, M. A., Kim, Y., & Schwarz, E. B. (2011). Use of Emergency Contraception by US Teens: Effect of Access on Promptness of Use and Satisfaction. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 24(5), 286-290.

Sackoff, J. E., & Yunzal-Butler, C. (2012). Understanding Causal Pathways: Response to "Teen Pregnancy and the Achievement Gap Among Urban Minority Youth". Journal of School Health, 82(7), 301-302.

Soon, J. A., Levine, M., Ensom, M. H. H., Gardner, J. S., Edmondson, H. M., & Fielding, D. W. (2002). The developing role of pharmacists in patient access to emergency contraception. Disease Management & Health Outcomes, 10(10), 601-611.

Stanger-Hall, K. F., & Hall, D. W. (2011). Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates: Why We Need Comprehensive Sex Education in the U.S. Plos One, 6(10).Studer, M., & Arland, T. (1987). Adolescent Religiosity and Contraceptive Usage. *Journal of Marriage and Family, 49*(1), 117-128.

Sundby, J., Svanemyr, J., & Maehre, T. (1999). Avoiding unwanted pregnancy- the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women. *Patient Educ Couns, 38*(1), 11-19.

Tessier, M. (1984). Adolescence et sexualité : les enjeux de la prévention. *Santé mentale au Québec, 9*(2), 64-73.

Tessier, M. (1986). L'intervention auprès d'adolescents : un lieu favorable au développement de la prévention primaire. *Service social, 35*(3), 304-315.

Tremblay, C. (2001). *Les représentations sociales de la contraception chez l'adolescente active sexuellement.* Unpublished MQ62005, Universite du Quebec a Chicoutimi (Canada), Canada.

Wilson, K., Asbridge, M., Kisely, S., & Langille, D. (2010). Associations of risk of depression with sexual risk taking among adolescents in Nova Scotia high schools. Can J Psychiatry, 55(9), 577-585.

Winner, B., Peipert, J. F., Zhao, Q., Buckel, C., Madden, T., Allsworth, J. E., et al. (2012). Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *The New England journal of medicine, 366*(21), 1998-2007.

Witte, K. (1997). Preventing teen pregnancy through persuasive communications: realities, myths, and the hard-fact truths. *Journal of community health, 22*(2), 137-154.

Zelnik, M., & Kantner, J. F. (1979). Reasons for Nonuse of Contraception by Sexually Active Women Aged 15-19. *Family Planning Perspectives, 11*(5), 289-296.