

sexprime

LE MAGAZINE DES INTERVENANTS MENANT
DES ACTIVITÉS D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ
AUPRÈS DES JEUNES DU SECONDAIRE

une production du ministère de la Santé et des Services sociaux
du Québec et de l'Université du Québec à Montréal

LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE : un phénomène qui persiste !

PAR
JOSÉE BLAIS

La cloche annonçant le début de la deuxième période sonne. Un petit groupe de filles de troisième secondaire discute en se rendant à leur cours. « Je me passerais bien de ce cours-là... La prévention des grossesses... On va encore parler de contraception. Puis je vous le dis, cette année c'est pas moi qui vais devant la classe pour dérouler le condom sur la banane ! » Une autre ajoute : « C'est vrai que ce cours ne sert à rien, on les connaît toutes, les méthodes contraceptives. »

N'avez-vous pas l'impression, à l'instar des élèves, que nous avons fait le tour de la question sur la prévention des grossesses avec les adolescents ? Qu'ils semblent bien informés sur les méthodes contraceptives ? Et que jusqu'à un certain point, vous avez le sentiment de ne rien leur apprendre ?

Pourtant, la grossesse à l'adolescence reste un problème social toujours d'actualité. Selon les données compilées par le gouvernement du Québec (2001), le taux de grossesse des adolescentes demeure élevé et le nombre d'interruptions volontaires de grossesse progresse toujours.



Comment calcule-t-on le taux de grossesse? Il s'agit d'additionner les naissances,

les avortements, les fausses couches et les mortinaissances. Le taux est toujours indiqué pour 1 000 personnes (Direction de la santé publique de Montréal, 2003).

Par exemple, en 1997 au Canada, on estimait que le taux de grossesse des adolescentes de 15-19 ans était de 42,7 pour 1 000 (Statistique Canada, 2000).



SUGGESTION : le personnel enseignant en mathématiques pourrait utiliser ces données pour expliquer le calcul de taux ou pour proposer divers problèmes en rapport avec ce phénomène social. Ex. : Quelle région du Québec accuse le taux de grossesse à l'adolescence le plus élevé? Quels sont les critères pour déterminer qu'une incidence statistique devient préoccupante et exige des actions particulières?

ça s'exprime

VOL. 1, N° 2, HIVER 2005

CE MAGAZINE EST UNE COLLABORATION :
du ministère de la Santé et
des Services sociaux du Québec

- Direction des communications
- Direction générale de santé publique
• Richard Cloutier
- Direction générale des services sociaux
• Anik Simard

et de l'Université du Québec à Montréal

- Josée Blais,
étudiante à la maîtrise en sexologie
- Francine Duquet,
professeure au département de sexologie

Design Graphique : Immaculacé conception graphique

Les photographies contenues dans le présent magazine ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnages apparaissant sont des figurants.

On peut retrouver les numéros du magazine *ça s'exprime* traitant d'éducation sexuelle sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : www.msss.gouv.qc.ca/itss,
anglais : [documentation/professionnels de l'éducation/Magazine Ça s'exprime](http://documentation/professionnels.de/education/Magazine_Ca_s'exprime)

Photo en couverture : Suzanne Fiset

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Bibliothèque nationale du Canada, 2005
ISSN 1712-5782

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2005

LA GROSSESSE ADOLESCENTE EN QUELQUES

CHIFFRES Au Québec, environ 1 adolescente sur 12 deviendra enceinte avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans, tandis qu'environ 1 adolescente sur 4 le deviendra avant d'avoir atteint 20 ans (Rochon, 1997, dans Massé et Léonard, 2003). En fait, selon le registre des événements démographiques du Québec (fichier des naissances vivantes), il y aurait annuellement un peu plus de 3000 nouveau-nés de mères âgées de moins de 20 ans. Par ailleurs, le taux d'augmentation des grossesses chez les plus jeunes adolescentes est encore plus inquiétant : 1 adolescente sur 1 000 deviendrait enceinte à l'âge de 15 ans, soit 5 % de plus qu'il y a dix ans (Rochon, 1997 a, dans Tremblay, 2001).

Quant au taux d'avortement¹, il est aussi en progression constante. En fait, le taux augmente de 4 % chaque année au Québec, et c'est Montréal qui affiche le taux le plus élevé, avec 70 % (Rochon, 1995, dans Loignon, 1996). En moyenne, il s'agit de 1 518 avortements

pour 2 168 grossesses adolescentes (Rochon, 1995, dans Loignon, 1996). Au Québec, le taux moyen se situe autour de 0,8 pour 1 000 chez les 10-14 ans et de 21,9 pour 1 000 chez les 15-19 ans (Gouvernement du Québec, 2001).

LES RÉPERCUSSIONS DE LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE

Parmi les adolescentes qui poursuivent leur grossesse, une grande proportion d'entre elles viennent d'un milieu socioéconomique défavorisé ou dysfonctionnel. Elles sont de plus en plus jeunes et, dans bien des cas, elles sont elles-mêmes filles de mères adolescentes (Charbonneau et coll., 1989, dans Cardinal Remete, 1999; Morazin, 1991). Elles occupent généralement des emplois peu rémunérés et peu valorisés (Charbonneau et coll., 1989, dans Cardinal Remete, 1999). Toutefois, l'arrivée d'un enfant leur permettra d'obtenir des prestations d'assistance-emploi (Coudé-Lord, 1997, dans

Cardinal Remete, 1999). Selon Loignon (1996), les mères adolescentes doivent fréquemment faire face aux conséquences suivantes : isolement social, habitudes de vie déficientes, sous-scolarisation, mauvais traitements, stress et dépression. Dans le même sens, des études menées au Canada et aux États-Unis ont démontré que les jeunes mères courent plus de risques d'abandonner l'école ou d'atteindre un niveau de scolarisation moins élevé et, par conséquent, de plafonner professionnellement ou de rater des occasions d'emploi, autant de facteurs qui favorisent le recours aux prestations d'assistance-emploi (Tipper, 1997). Bien que certaines adolescentes puissent bénéficier du soutien de leur famille et de leurs proches, le tableau n'est pas particulièrement réjouissant.

La grossesse adolescente constitue la principale cause de décrochage scolaire au Québec pour 50 à 67 % des filles, soit environ 1 000 adolescentes

(Forget, Bilodeau et Tétrault, 1992, dans Tremblay, 2001).

1- Le taux d'avortement est le nombre d'avortements provoqués pour 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans (Statistique Canada, 2000).



LE RÔLE DU JEUNE HOMME Malheureusement, le peu de littérature existante sur la paternité adolescente trace un portrait peu réjouissant des jeunes pères. Entre autres, Des Rosiers-Lampe et Frappier (1981) soulignent que l'adolescent s'investit peu dans un nouveau rôle de père qui lui semble trop lourd (Cardinal Remete, 1999). D'ailleurs, le jeune homme quittera souvent la mère de l'enfant pendant la grossesse ou dans les deux années qui suivent la naissance (Loignon, 1996). Toutefois, dans certains cas, le manque de « triangulation » de la part de la jeune fille peut être en cause. Le terme « triangulation » renvoie à la cohésion du triangle familial (le père, la mère et l'enfant). En effet, certaines adolescentes décident de garder l'enfant pour combler un déficit affectif et ne désirent pas la présence du père. Dans d'autres cas, le garçon doit faire face à l'hostilité de la famille de la jeune fille, même s'il désire s'investir auprès de l'enfant (Loignon, 1996). À l'opposé, des jeunes hommes ne veulent pas s'investir et reconnaître leur rôle de géniteur (Loignon, 1996). Mais en dépit de la rareté de données et d'études sur la paternité, il semble plausible que certains adolescents prennent leur rôle de père très sérieusement et qu'ils s'investissent pleinement dans leurs nouvelles responsabilités.

Certaines pistes de réflexion à propos de la prévention de la grossesse à l'adolescence s'imposent. L'accent sera mis, entre autres, sur l'une des causes importantes des grossesses à l'adolescence, soit la résistance à la contraception. De plus, des suggestions seront faites afin que les enseignants et les intervenants puissent aborder la prévention de la grossesse selon une approche renouvelée et ainsi favoriser l'acquisition et le maintien d'un comportement contraceptif. Car ce n'est pas parce que les jeunes savent « installer » un condom, qu'ils seront capables de négocier son utilisation avec le partenaire. Donc, au-delà de l'aspect technique de la contraception, certains aspects de nature comportementale doivent être abordés. Green et Kreuter (1991) précisent que divers facteurs influencent l'adoption d'un comportement :

Par ailleurs, des facteurs plus particuliers à l'utilisation d'un moyen contraceptif ont été relevés.

RÉSISTANCES À L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION La plupart des auteurs s'accordent sur le fait qu'un des facteurs expliquant la grossesse à l'adolescence est la résistance à la contraception (Loignon, 1996 ; Dufort, Guilbert et St-Laurent, 2000 ; Cromer et coll., 1997). La résistance se reflète sur le comportement contraceptif de deux façons : soit qu'aucune méthode contraceptive n'est utilisée, soit que celle-ci est inadéquate.

L'utilisation inadéquate renvoie généralement à trois problèmes liés à l'utilisation d'une méthode contraceptive :

1. le délai entre le début des relations sexuelles et l'utilisation d'une méthode contraceptive (Balassone, 1991 dans Dufort, Guilbert et St-Laurent, 2000) ;
2. l'utilisation irrégulière d'une méthode contraceptive (Bilodeau, Forget et Tétreault, 1994 ; Brindis et coll., 1994, dans Dufort, Guilbert et St-Laurent, 2000) ;
3. l'arrêt prématuré d'une méthode contraceptive (Oakley et coll., 1991, dans Dufort, Guilbert et St-Laurent, 2000). Ainsi, dans le cas de la pilule contraceptive, la prise irrégulière ou inadéquate de la pilule (doses oubliées, séquence erronée ou synchronisation déficiente de la prise d'une nouvelle plaquette) déroge à la prescription et, par conséquent, constitue un arrêt prématuré (Rosenberg et coll., 1995).

Puisque les adolescents éprouvent de la difficulté à observer rigoureusement une méthode contraceptive, nous devons porter nos efforts d'éducation sur le renforcement de la motivation.

FACTEURS QUI FACILITENT L'ACTION

Habilités

Absences de barrières et d'autres résistances externes

FACTEURS QUI PRÉDISPOSENT L'ACTION

Variables sociodémographiques

Connaissances

Perception : gravité, vulnérabilité, contrôle

Croyances

Attitudes

Normes

FACTEURS QUI RENFORCENT L'ACTION

Environnement immédiat

Amis

Modèles

Parents



LES DIFFICULTÉS LIÉES À LA CONTRACEPTION Loignon (1996) énumère 21 difficultés des adolescents quant à la contraception. Cependant, pour la clarté de l'exposé, nous n'avons retenu que les principales, qui d'ailleurs se prêtent mieux aux activités d'apprentissage et de réflexion menées en groupe.

La peur de s'affirmer et la peur du rejet

Toujours selon Loignon (1996), le manque d'estime et de confiance en soi favorise le consentement à une relation sexuelle non protégée. Ainsi, il est fréquent que la jeune fille craigne le rejet de son partenaire si elle refuse d'avoir des relations sexuelles ou si elle insiste pour utiliser le condom (Loignon, 1996). Cet aspect est majeur et nécessite d'aborder cette crainte du rejet de la part des filles.

Inversement, les adolescentes quitteraient-elles leur partenaire s'il proposait l'utilisation du condom ou l'adoption d'une méthode contraceptive? Ne verraient-elles pas plutôt en lui un partenaire amoureux rassurant et responsable? Et pourquoi, d'ailleurs, croit-on d'emblée que la majorité des garçons quittent leur « blonde » lorsque celle-ci propose une relation sexuelle protégée?

Il ne faut toutefois pas oublier que dans certains cas, ce peut être le garçon qui craigne d'aborder le sujet de la contraception avec sa partenaire. Or, comme on pense fréquemment que c'est le garçon qui résiste le plus à l'utilisation du condom, il serait intéressant de confronter les garçons et les filles sur cet aspect : quels seraient les arguments les plus persuasifs, les trucs (choix entre différents moyens), les formules et phrases clés permettant de convaincre son partenaire d'utiliser un moyen de contraception?

La précocité des relations sexuelles

La maturité sexuelle est souvent atteinte bien avant la maturité psychosociale. De sorte que certains adolescents ont une vie sexuelle active avant d'avoir atteint leur maturité psychosociale (Tremblay, 2001). En effet, l'âge moyen de la première relation sexuelle est aujourd'hui de 15 ans, soit trois ou quatre ans plus tôt que la génération précédente (Bourque 2002). Ainsi les adolescents, initiés plus tôt à la sexualité, ne sont pas forcément outillés de façon adéquate, sur les plans cognitif, émotionnel et social, pour affronter les difficultés et négocier les risques liés à la sexualité (Nakkab, 1997, dans Tremblay, 2001 ; Turcotte, 1994, dans Tremblay, 2001 ; Peterson et coll., 1995, dans Tremblay, 2001). Parmi ces risques, on pense évidemment à la grossesse non planifiée et aux infections transmissibles sexuellement (ITS). Il apparaît donc approprié, lorsque l'on fait de l'éducation sexuelle auprès des adolescents, d'aborder l'aspect du report des relations sexuelles. Deux concepts sont liés au report des relations sexuelles : abstinence et continence. Comme l'explique Jocelyne Robert (2002), la continence est synonyme de chasteté, ce qui suppose un refus de tout plaisir sexuel, alors que l'abstinence consiste à « s'abstenir » de certaines activités sexuelles. En d'autres termes, il s'agit de partager certaines pratiques érotiques sans pénétration (Robert, 2002). Il ne s'agit pas ici de prôner l'abstinence, mais plutôt de faire savoir aux adolescents qu'ils ne sont pas obligés d'avoir une vie sexuelle active et qu'ils ont tout à fait le droit de vouloir attendre avant d'avoir leur première relation sexuelle. Le refus de s'engager dans des conduites sexuelles à risques n'empêche pas la tendresse, les caresses, les mots doux, les moments de grande proximité où on apprend à être bien avec l'autre. Cette intervention permettra aussi de rassurer les adolescents qui n'ont pas encore eu leur première relation sexuelle.

L'incapacité de prévenir ou de prévoir la relation sexuelle

Le « ici et maintenant » ne laisse pas le temps à l'adolescent de penser à la contraception et de s'organiser (Loignon, 1996), d'où l'importance d'encourager l'adoption préventive d'un comportement contraceptif. Car s'il n'y a pas eu d'entente préalable à l'utilisation d'un

préservatif, mieux vaut ne pas se fier sur son partenaire : il est préférable de s'en procurer soi-même. Les adolescents peuvent donc prendre l'habitude de conserver un préservatif sur eux. De plus, s'ils sont en couple - même s'ils n'ont pas encore eu de relations sexuelles -, ils peuvent discuter de l'éventualité d'adopter la pilule contraceptive. D'ailleurs, l'adolescente peut prendre la pilule contraceptive à l'insu de son partenaire afin d'esquiver une discussion pour laquelle elle ne se sent pas encore prête. Enfin, rien n'empêche garçon et fille de réfléchir à la contraception, même s'ils sont célibataires. Ils pourront ainsi être en mesure de se protéger, même s'ils n'avaient pas prévu une relation sexuelle. Il est vrai cependant que certains préjugés frappent les filles qui ont avec elle un préservatif (c'est une fille « facile », une fille qui couche), mais également à propos des garçons (c'est un coureur, il avait déjà prévu le coup). Ces mythes découragent l'adoption d'un comportement contraceptif ; les adolescents découragent l'adoption d'un comportement contraceptif auprès des adolescents qui n'osent pas « assumer leur responsabilité contraceptive » de peur de se faire accuser de nourrir des intentions sexuelles précises. Toutefois, comme le préservatif est la seule méthode qui offre une protection contre les ITS, il est important de mentionner aux élèves que l'idéal serait de combiner le préservatif ET la pilule contraceptive, ou encore d'utiliser le préservatif ET le Dépo Provera. Dans le même ordre d'idées, il serait très pertinent de les renseigner sur la pilule contraceptive d'urgence afin qu'ils puissent réagir en cas d'échec ou d'oubli contraceptif. (Vous trouverez plus d'information dans le Magazine de février 2004, voir au www.msss.gouv.qc.ca/itss.)

Par ailleurs, il pourrait être intéressant de discuter du partage des frais pour l'achat des préservatifs ou de la pilule contraceptive. Est-ce au garçon d'assumer l'achat des préservatifs, et à la fille celui de la pilule? Existerait-il d'autres formules de partage des frais?

L'absence de motivation

Selon Loignon (1996), prendre la pilule tous les jours demande une grande discipline, surtout lorsque les relations sexuelles sont très sporadiques. Même si l'utilisation de la pilule est facile, l'oubli est courant chez les adolescentes. En effet, elles oublient en moyenne trois pilules par mois (Balassone, 1989, dans Dufort, Guilbert et St-Laurent, 2000). De plus, l'observance dépend de la motivation de la personne à adopter cette méthode contraceptive. Or, la motivation est entamée par la peur des effets secondaires et des conséquences pour la santé qui résultent d'une anxiété personnelle ou de facteurs environnementaux, notamment l'opinion des autres (Deijen et coll., 1997).

En ce qui concerne le préservatif, on constate un scénario récurrent. En effet, au début de la relation, le condom est souvent utilisé, mais cette méthode est abandonnée dès que les partenaires se considèrent dans une relation stable ; aussi l'intervention auprès des adolescents doit-elle tenir compte de cette réalité (De Visser et Smith, 2001). L'intervention auprès des adolescents qui ont des partenaires occasionnels devrait donc les outiller afin qu'ils puissent négocier l'utilisation du préservatif. Quant aux adolescents qui ont des relations sexuelles avec un partenaire stable, l'intervention préconisera une utilisation du condom appropriée au comportement du couple (De Visser et Smith, 2001). Prenons l'exemple d'un couple stable qui décide d'utiliser la pilule comme seule méthode contraceptive. En ce cas, les partenaires devraient subir les tests nécessaires afin de s'assurer qu'ils n'ont pas d'ITS, avant de cesser d'utiliser le condom. Du coup, il serait pertinent de sonder l'opinion des adolescents par rapport à l'exclusivité sexuelle dans le couple.

Enfin, le fait que les adolescents soient plus préoccupés par les risques de grossesse que par les risques d'ITS peut expliquer l'impopularité du préservatif, surtout lorsqu'ils emploient déjà une autre méthode contraceptive (De Visser et Smith, 2001).

LES MYTHES ENTOURANT LA GROSSESSE ET LA CONTRACEPTION Les mythes entretiennent l'ignorance par rapport aux risques de grossesse (Loignon, 1996). Voici un tableau des différents mythes qui pourraient faire l'objet d'une discussion avec les élèves.

LES MYTHES	LES RÉALITÉS
La fille ne peut pas devenir enceinte au cours de la première relation sexuelle.	Il suffit d'une seule relation sexuelle pour devenir enceinte ou contracter une ITS.
La fille ne peut devenir enceinte si elle n'a pas encore eu ses premières menstruations.	L'ovulation se produit 14 jours avant les menstruations. Comme la fille n'est pas en mesure de savoir quand elle aura ses premières menstruations, si elle a une relation sexuelle sans protection environ 14 jours avant ses premières règles, il y a risque de grossesse.
Il est impossible de devenir enceinte pendant les menstruations.	La période féconde peut commencer pendant les menstruations, surtout si la femme a un cycle menstruel court.
Si le garçon se retire avant d'éjaculer, il n'y a aucun risque qu'une grossesse se produise.	Même si le garçon se retire avant d'éjaculer, il y a l'existence d'un liquide pré-éjaculatoire qui contient des spermatozoïdes. Donc, il y a un risque de grossesse.
Une femme ne peut devenir enceinte si elle n'a pas d'orgasme.	La grossesse survient lorsque le spermatozoïde fertilise l'ovule de la femme. Cela peut se produire, que la femme ait un orgasme ou non.
La grossesse ne peut pas survenir si la relation sexuelle a lieu debout ou avec la femme sur le dessus.	La position adoptée au cours de la relation sexuelle n'a rien à voir avec le succès de la fertilisation. Lorsque les spermatozoïdes sont déposés dans le vagin de la femme, des processus biologiques guident les spermatozoïdes vers le col de l'utérus de la femme, peu importe la position de cette dernière au moment de l'acte sexuel.
Une femme ne peut devenir enceinte si elle prend une douche vaginale après la relation sexuelle.	La douche vaginale n'est pas efficace pour prévenir la conception. Après la relation sexuelle, les spermatozoïdes pénètrent le col de l'utérus et sont donc hors de la portée de la solution liquide de la douche vaginale. D'ailleurs, selon Germain et Langis (1990), le délai d'atteinte des trompes de Fallope par les spermatozoïdes varie de une à quelques heures. De plus, dès que les spermatozoïdes ont atteint les trompes, ils peuvent féconder pendant plusieurs jours (généralement trois jours).
La pilule contraceptive fait prendre du poids.	Les contraceptifs oraux à faible dose utilisés de nos jours n'entraînent pas d'importants effets secondaires, et pas de changements de poids chez la plupart des femmes.
La pilule contraceptive cause le cancer.	Tout compte fait, la pilule réduit les risques de cancer. Bien que la pilule augmente légèrement l'incidence du cancer du sein chez les femmes de plus de 35 ans, le risque demeure minime. Surtout, la pilule réduit de plus de 50 % le risque du cancer des ovaires et de l'utérus.
La pilule contraceptive offre une protection contre les ITS.	Le seul contraceptif qui offre une telle protection est le condom.
La pilule contraceptive ne devrait être prise que pendant un certain temps.	Chez la plupart des femmes en santé, la pilule peut être prise à compter de la puberté jusqu'à la ménopause. Son efficacité ne diminue pas à mesure que la femme vieillit.
La pilule contraceptive est efficace dès la première dose.	Selon le jour où la femme commence à prendre la pilule, elle peut devoir attendre jusqu'à un cycle menstruel complet avant de s'y fier pour prévenir une grossesse.

Inspiré du site Internet : <http://masexualite.ca/fre/teens/CN/mythsrealities.cfm>



COMMENT INTERVENIR ? Le Programme de formation de l'école québécoise recommande d'aborder le sujet de la grossesse à l'adolescence à l'intérieur du domaine général de formation « Santé et bien-être ». L'intention éducative préconisée est « d'amener l'élève à adopter une démarche réflexive dans le développement de saines habitudes de vie sur le plan de la santé, du bien-être, de la sexualité et de la sécurité » (Gouvernement du Québec, 2001, p. 44). En outre, le domaine de formation « Sciences et technologies » comprend lui aussi des éléments relatifs à la prévention de la grossesse.

Toutefois, selon une étude faite de Dufort, Guilbert et Saint-Laurent (2000), les notions généralement abordées dans les cours d'éducation sexuelle sont les avantages et les inconvénients des méthodes contraceptives, les modes d'utilisation et les taux d'efficacité. Or, les adolescents boudent les séances d'éducation sexuelle basées sur l'anatomie et les aspects techniques de la sexualité (Cloutier, 1994, dans Tremblay, 2001). De plus, les jeunes se disent ennuyés par le contenu répétitif des cours sur la prévention des grossesses, d'une année scolaire à l'autre (Dufort, Guilbert et Saint-Laurent, 2000). Selon eux, les enseignants consacrent trop de temps à la théorie de la contraception plutôt que de favoriser la réflexion sur l'importance d'adopter un comportement contraceptif adéquat. « C'est comme si le savoir sur la prévention demeurait abstrait, sans jamais vraiment être intégré à l'expérience quotidienne des jeunes » (Dufort, Guilbert et Saint-Laurent, 2000, p. 80).

D'où l'importance de mettre l'accent sur les répercussions d'une grossesse à l'adolescence, l'affirmation de soi, la capacité de négocier, les difficultés liées à l'adoption et au maintien d'un comportement contraceptif adéquat et le rôle des garçons dans la contraception. C'est bien plus que de dérouler un condom sur une banane ou un godemiché en classe.

Dans la mesure où les garçons sont souvent les grands oubliés du thème de la prévention de la grossesse, les activités doivent les intégrer et leur démontrer qu'eux aussi jouent un rôle important dans la démarche contraceptive. Il faut donc amener les garçons à s'interroger face à la grossesse. C'est que souvent, la décision d'interrompre la grossesse ou de la porter à terme est assumée exclusivement par l'adolescente. Les garçons sont donc rarement engagés dans cette décision : le seul pouvoir véritable qu'ils détiennent est d'utiliser une méthode contraceptive de façon adéquate. En somme, ils ont le choix de se protéger ou non, mais ils ont rarement le choix de garder le bébé ou non. Finalement, vous pouvez présenter aux jeunes les ressources disponibles et pertinentes dans votre école et dans votre quartier, et inviter des intervenants clés.

conclusion

Même si nous éprouvons parfois le sentiment que nos efforts d'éducation à la prévention des grossesses se heurtent à l'indifférence des adolescents, ces tentatives sont nécessaires. À nous d'innover, d'animer des présentations originales et d'intervenir au-delà des aspects techniques afin que notre discours colle davantage à la réalité des adolescents. Il importe de créer un climat de réflexion et de favoriser le dialogue afin de sensibiliser les adolescents aux enjeux véritables d'une grossesse à cet âge. La gestion de la sexualité n'est pas propre à la période de l'adolescence, mais il est vrai qu'à cette période de la vie, il n'est pas facile de conjuguer le désir de plaire, l'espoir d'un regard amoureux et la prévention des risques d'une sexualité active.

Activités pédagogiques

1^{ère} rencontre

OBJECTIF GÉNÉRAL

Prendre conscience des enjeux de la grossesse à l'adolescence.

1

INTRODUCTION

Présentation du thème et des objectifs de la rencontre d'aujourd'hui.

MISE EN SITUATION : « Nous sommes tous des collègues qui travaillons dans une agence de communication. Le ministère de la Santé et des Services sociaux nous a donné un contrat : concevoir une publicité sur la prévention de la grossesse à l'adolescence. »

Consignes : cette publicité (une affiche) doit rejoindre les jeunes (les filles comme les garçons). Le slogan devra préconiser l'utilisation du condom au cours des rapports sexuels. Mais dans un premier temps, il faut d'abord connaître le portrait de la situation.

Durée : 5 minutes

2

EXPOSÉ FORMEL

L'animateur brosse un bref portrait de la situation* de la grossesse à l'adolescence au Québec en se basant sur les points suivants :

- portrait statistique de la situation ;
- les répercussions de la grossesse à l'adolescence ;
- la place du jeune homme en tant que père ;
- la résistance à la contraception.

Durée : 20 minutes

* La recherche de ce portrait peut devenir une activité pédagogique dans le cadre de l'élaboration d'un projet.

2^e rencontre

OBJECTIF GÉNÉRAL

Sensibiliser les jeunes à l'importance de s'affirmer par rapport à l'utilisation de la contraception.

1

INTRODUCTION

Présenter l'activité comme étant un débat.

Constituer une équipe de cinq garçons et une équipe de cinq filles. Le professeur explique le scénario suivant : William et Sophie sortent ensemble depuis quelques mois. Ce soir, c'est la première fois qu'ils passent la nuit ensemble et ils croyaient que ce serait une bonne occasion pour faire l'amour. Même si Sophie et William ont déjà eu des relations sexuelles avec leurs anciens partenaires, ils sont nerveux. Lorsque le moment est venu, Sophie demande à William s'il a un condom. Celui-ci lui répond que ce n'est pas nécessaire parce que...

Les filles jouent le rôle de William et doivent convaincre Sophie (rôle joué par les garçons) d'avoir une relation sexuelle sans protection, tandis que Sophie doit convaincre William (joué par les filles) de se protéger. Pendant le débat, les élèves qui assistent aux échanges sont invités à prendre des notes sur les arguments qu'ils considèrent comme les plus convaincants (ou pas). Ils doivent également noter leurs suggestions.

Durée : 25 minutes

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Nommer les enjeux relatifs au problème de la grossesse à l'adolescence.

Concevoir un slogan publicitaire qui s'adresse aux jeunes afin de les sensibiliser à la prévention de la grossesse.

Choisir un slogan et concevoir une affiche à partir de ce slogan.

3

L'animateur invite les élèves à se regrouper en équipes de quatre ou cinq. L'animateur distribue à chaque équipe un grand carton blanc et des crayons en donnant les consignes suivantes : dès que toutes les équipes ont reçu le matériel, elles commencent à élaborer leur affiche. Toutefois, à chaque intervalle de 5 minutes, le professeur demande aux équipes de passer leur affiche à l'équipe de droite, qui doit continuer l'affiche reçue. Après 15 minutes, les élèves doivent cesser de travailler sur l'affiche qu'ils ont entre les mains. Ex. : durant la première période de 5 minutes, les membres de l'équipe 1 écrivent les slogans ou les phrases clés qui leur viennent en tête (débarrage d'idées). Après 5 minutes (le professeur donne le signal), ils donnent leur affiche qui n'est pas terminée à l'équipe 2 afin qu'elle raffine les slogans proposés. En même temps, les membres de l'équipe 1 reçoivent l'affiche d'une autre équipe ; ils doivent continuer celle-ci, et ainsi de suite.

SUGGESTION Le professeur peut écrire les instructions suivantes sur une feuille qu'il distribue aux équipes afin que les élèves aient une idée claire de la démarche :

- Première période de 5 minutes : chaque équipe écrit les slogans et les phrases clés qui lui viennent en tête.
- Deuxième période de 5 minutes (toutes les équipes reçoivent le carton d'une autre équipe) : l'équipe doit s'entendre sur le slogan qu'elle préfère.
- Troisième période de 5 minutes (toutes les équipes reçoivent le carton d'une autre équipe) : l'équipe peut se permettre de modifier légèrement le slogan sélectionné et l'améliorer au besoin (ex. : changer certains mots, rajouter des exclamations, modifier le ton.). Si l'équipe a du temps, elle peut écrire des mots clés autour du slogan, ce qui pourra donner des idées à la décoration de l'affiche s'il s'agit du slogan gagnant.

Durée : 20 minutes

4

À tour de rôle, les élèves présentent devant la classe l'affiche qu'ils ont entre les mains. Le groupe commente chacune des affiches. Puis on passe au vote secret. Chaque élève vote pour le slogan qui lui plaît le plus tout en considérant la commande du ministère de la Santé et des Services sociaux. Au cours suivant, chaque équipe aura à concevoir une affiche pour le slogan choisi par scrutin secret. De la même façon, chacune des affiches conçues sera présentée en classe, mais cette fois-ci devant jury. Des jeunes d'autres classes, un parent et un professeur d'art se joindront au jury pour déterminer l'affiche gagnante. Suggestion : les affiches pourraient être exposées dans les corridors de l'école afin de favoriser la diffusion du message auprès des jeunes.

Durée : 15 minutes

5

CONCLURE LA RENCONTRE

Résumer les objectifs visés par cette activité tenue en classe. L'enseignant peut également proposer aux élèves le projet suivant : les équipes pourraient visiter les autres classes afin de présenter leurs affiches et recueillir les commentaires.

Durée : 5 minutes

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Relever les mythes véhiculés sur la grossesse et la contraception.

Discuter des rôles respectifs des filles et des garçons dans le comportement contraceptif.

Repérer des éléments susceptibles de renforcer la motivation à l'utilisation de la contraception.

Les élèves restent à leur place. L'animateur entame une discussion sur l'activité réalisée. Les élèves qui ont pris des notes peuvent partager leurs idées.

- Comment les élèves qui ont participé au débat se sont-ils sentis ?
- Quel est le rôle du garçon et le rôle de la fille face à la contraception ?
- L'inversion des rôles aurait-elle modifié le débat ?
- Est-ce que des informations fausses ou des croyances ont été véhiculées pendant le débat ?
- Comment les élèves expliquent-ils qu'ils ont de la difficulté à s'affirmer en ce qui concerne l'utilisation du condom ?

Durée : 20 minutes

2

Les élèves retournent tous à leur place. L'animateur présente des mises en situation projetées sur acetate, il lit des mises en situation avec le groupe et propose des sujets de discussion. Les élèves doivent lever la main pour répondre aux questions.

1^{ÈRE} MISE EN SITUATION : Caroline a la fâcheuse habitude d'oublier de prendre sa pilule dès qu'elle tombe amoureuse. Sujets de discussion : Selon vous, pourquoi Caroline oublie-t-elle de prendre sa pilule ? Le fait qu'elle soit amoureuse influence-t-il son comportement contraceptif ? Que lui diriez-vous pour l'encourager à prendre sa pilule adéquatement ? Quels trucs lui donneriez-vous ? De quelle façon son copain peut s'engager ?

2^E MISE EN SITUATION : La blonde de Martin craint que celui-ci la laisse tomber. Elle a donc décidé de cesser de prendre la pilule (sans lui dire) pour ainsi tomber enceinte et être certaine de le « garder ». Questions de discussion : Que pensez-vous de cette situation ? De quelles façons les garçons peuvent-ils s'assurer qu'une telle situation ne se produise pas ?

Durée : 10 minutes

3

4

CONCLUSION

Résumer les objectifs visés par cette activité tenue en classe. Interroger les jeunes sur ce qu'ils ont retenu des deux rencontres. Mot de la fin : penser à la contraception (en tant que garçon ou fille), assumer ce choix et être responsable sont des signes de grande maturité. Et bien qu'il ne soit pas facile d'être parfait, il importe de prendre sa santé sexuelle au sérieux. Des « accidents de parcours » peuvent parfois se produire, et être corrigés par la suite, mais d'autres cas entraînent des décisions fort importantes et délicates. Voilà pourquoi la prévention de la grossesse à l'adolescence, c'est bien plus que de connaître l'existence des méthodes contraceptives.

Durée : 10 minutes

BIBLIOGRAPHIE

- BALASSONE, M.L. (1991). « A social learning model of adolescent contraceptive behavior ». *Journal of youth and adolescence*, vol.20, no.6, p. 593-616 dans Dufort, Francine; Édith Guilbert et Louise St-Laurent. Direction de la santé publique de Québec. 2000. « La grossesse à l'adolescence et sa prévention : Au-delà de la pensée magique ! » Québec.133p.
- BILODEAU, A., FORGET, G. et TÉTRAULT, J. (1994). « Évaluation de l'efficacité d'un programme de prévention des grossesses à l'adolescence : SEXPRIMER pour une sexualité responsable ». *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol.13, no.2, p. 163-177 dans Dufort, Francine; Édith Guilbert et Louise St-Laurent. Direction de la santé publique de Québec. 2000. « La grossesse à l'adolescence et sa prévention : Au-delà de la pensée magique ! » Québec.133p.
- BOURQUE, Élyse. (2002). « La première relation sexuelle, ça se prépare ! » *Sexualité en tête*, 14 octobre. Servicevie.com/02sante/sex/sex14102002/sex14102002c.html.
- CARDINAL Remete, France (1999). *Grossesse à l'adolescence : Guide d'intervention pour un choix éclairé*, Québec, Éditions MultiMondes, 77 p.
- CHARBONNEAU, L. et al. (1989). « Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale », *Avis sur la grossesse à l'adolescence, La périnatalité au Québec*, vol. 2, MSSS Québec, dans Cardinal Remete, France. 1999. *Grossesse à l'adolescence : Guide d'intervention pour un choix éclairé*, Ed. MultiMondes : Québec, 77p.
- CLOUTIER, R. (1994). « Enquête ADOS, famille et milieu de vie du centre de recherche sur les services communautaires de l'Université de Montréal » *La Presse*. Samedi 15 octobre. dans Tremblay, Christine. 2002. « La grossesse à l'adolescence : Mieux comprendre pour mieux intervenir ». *L'infirmière du Québec*. Sept/Oct. P.43-50.
- COUDÉ-LORD, M. (1997). « Société. Des avortements à répétition chez les ados québécoises », *Le journal de Montréal*, 19 janvier, dans Cardinal Remete, France. 1999. *Grossesse à l'adolescence : Guide d'intervention pour un choix éclairé*, Ed. MultiMondes : Québec, 77 p.
- CROMER A. Barbara, Roseann SCHOENBACHER, Kathy VESHA, Jacklynn DAVIS et Jennifer WESCHER. (1997). « Compliance adolescents using different forms hormonal contraception » *Revue sexologique*, vol. 5, no.1, p. 129-142.
- DEIJEN, J.B (1997). « The influence of type of information, somatization, and locus of control on attitude, knowledge, and compliance with respect to the Triphasic oral contraceptive Tri-Minulet », *Contraception*, vol. 56, p. 31-41.
- DES ROSIERS-LAMPE, M. et J.Y. FRAPPIER, 1981. « La grossesse à l'adolescence », *L'union médicale au Canada*, 110, p. 190-195, dans Cardinal Remete, France. 1999. *Grossesse à l'adolescence : Guide d'intervention pour un choix éclairé*. Ed. MultiMondes : Québec, 77p.
- DE VISSER, Richard et Anthony SMITH (2001). « Relationship between sexual partners influences rates and correlates of condom use », *AIDS Education and Prevention*, vol. 13, no 5, p. 413-427.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL (2003). « Prévenir la grossesse à l'adolescence : Défi ou illusion ? », *Prévention en pratique médicale*, septembre, p. 1-6.
- DUFORT, Francine; Édith GUILBERT et Louise ST-LAURENT (2000). *La grossesse à l'adolescence et sa prévention : Au-delà de la pensée magique !*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la santé publique, 133 p.
- FORGERT G., A. BILODEAU et J. TÉTRAULT. (1992). « Facteurs reliés à la sexualité et à la contraception chez les jeunes et décrochage scolaire ». *Apprentissage et socialisation*, vol. 15, no.1, p.29-38, dans Tremblay, Christine. 2001. « La grossesse à l'adolescence : Mieux comprendre pour mieux intervenir ». *L'infirmière du Québec*, septembre/octobre, p.43-50.
- GERMAIN, B. et P. LANGIS (1990). *La sexualité : Regards actuels*, édition révisée, Québec, Éditions Études Vivantes, 602 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (2003). « L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation », ministère de l'éducation, 56 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *L'accessibilité élargie à la contraception orale d'urgence*, document de travail, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 84 p.
- GREEN, Kreuter, W. MARSHALL (1991). *Health Promotion Planning, an Educational Environmental Approach*, Mayfield Publishing Company, 2^e édition, 506 p.
- LOIGNON, Christine. (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*. <http://www.Cam.org/~nmr/adolescence>.
- MASSÉ, R et G. LÉONARD, (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, Éditions Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MORAZIN, J. (1991). « L'adolescence qui bascule ». *La gazette des femmes*, Conseil du statut de la femme, Montréal, juillet-août, p.14-22, dans Cardinal Remete, France. 1999. *Grossesse à l'adolescence : Guide d'intervention pour un choix éclairé*. Ed. MultiMondes : Québec, 77p.
- NAKKAB, S. (1997). « Adolescent sexual activity ». *International journal of health*, vol. 26, no.1, p.23-34, dans Tremblay Christine. 2001. « La grossesse à l'adolescence : Mieux comprendre pour mieux intervenir ». *L'infirmière du Québec*, septembre/octobre, p.43 à 50.
- OAKLEY, D., S. SEREIKKA, E.L. BOGUE, (1991). « Oral contraceptive pill use after an initial visit to a family clinic » *Family planning perspectives*, vol.37, no.4, p.150-154. dans Dufort, Francine; Édith Guilbert et Louise St-Laurent. Direction de la santé publique de Québec. 2000. « La grossesse à l'adolescence et sa prévention : Au-delà de la pensée magique ! » Québec.133p.
- PETERSON, A.C, N.LEFFERT et B.L. GRAHAM. (1995). « Adolescent development and the emergence of sexuality ». *Suicide and life threatening behavior*, vol.25, p. 4-17, dans Tremblay Christine. 2001. « La grossesse à l'adolescence : Mieux comprendre pour mieux intervenir ». *L'infirmière du Québec*, septembre/octobre, p.43 à 50.
- ROBERT, J. (2002). *Full sexual : La vie amoureuse des adolescents*, Montréal, Éditions de l'Homme, 191 p.
- ROCHON, M. (1995). *Taux de grossesse à l'adolescence. Québec, 1980 à 1993. Régions socio-sanitaires de résidence 1992-1993*, p.3, dans Loignon, Christine. 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*. <http://www.Cam.org/~nmr/adolescence>.
- ROCHON, M. (1997). *Taux de grossesse à l'adolescence. Québec, 1980 à 1993. Régions socio-sanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge*, Québec, Service de la recherche, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 38p, dans Massé, R et Léonard, G. 2003. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ROCHON, M. a) *Taux de grossesses à l'adolescence. Québec, 1980 à 1995. régions socio-sanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 38 p, dans Tremblay Christine. 2001. « La grossesse à l'adolescence : Mieux comprendre pour mieux intervenir ». *L'infirmière du Québec*, septembre/octobre, p.43 à 50.
- ROSENBERG Michael, J, Michael S. BURNHILL, Michael S. WAUGH, David A. GRIMES et Paula J.A. HILLARD. (1995). « Compliance and oral contraceptives : A review ». *Contraception*, vol. 52, p.137-141.
- STATISTIQUE CANADA. (2000). « Grossesse chez les adolescentes », *Rapport sur la santé*, vol.1, 20p.
- TIPPER Jennifer. (1997). *Les déterminants de la santé et du bien-être des fillettes et des jeunes filles*. Institut canadien de la santé infantile, Sept., 64p.
- TREMBLAY Christine. (2001). « La grossesse à l'adolescence : Mieux comprendre pour mieux intervenir ». *L'infirmière du Québec*, septembre/octobre, p.43 à 50.
- TURCOTTE, D. (1997). « Facteurs relatifs à l'adoption de comportements préventifs et contraceptifs dans une population d'adolescents » Mémoire de maîtrise, Chicoutimi, Université du Québec, dans Tremblay Christine. 2001. « La grossesse à l'adolescence : Mieux comprendre pour mieux intervenir ». *L'infirmière du Québec*, septembre/octobre, p.43 à 50.

SITE INTERNET

<http://masexualite.ca/fre/teens/CN/mythsrealities.cfm>, consulté le 10 novembre 2003

www.msss.gouv.qc.ca

**Santé
et Services sociaux**

Québec

