La planification des naissances sur la Côte-Nord

ÉTAT DE SITUATION

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec

La planification des naissances sur la Côte-Nord

ÉTAT DE SITUATION

Direction du développement des individus
et des communautés

Décembre 2010

Institut national
de santé publique
Québec

AUTEURS

Édith Guilbert, M.D., M. Sc.
Institut national de santé publique du Québec

Raynald Cloutier, M.D., M. Sc.
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord/Direction de santé publique

Karine Bujold, B.A.
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord/Direction de santé publique

Guy Tremblay
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord/Direction de santé publique

AVEC LA COLLABORATION DE

Nicole Boudreau
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Claire Jalbert, B. Sciences infirmières
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Julie Lavoie, M.A.
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Marie-Claude Ouellet, B. Intervention psychosociale, DESS Éthique
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Yves Therriault
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

MISE EN PAGES

Fabienne Sasseville

Sylvie Muller
Institut national de santé publique du Québec

Isabelle Cliche
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : http://www.inspq.qc.ca.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 1er TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-60998-8 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

REMERCIEMENTS

Des remerciements sont adressés à tous les intervenants qui ont participé à l'évaluation de besoins en planification des naissances incluse dans ce document. Ces intervenants ont accepté d'exprimer librement leurs perceptions des problèmes concernant cette problématique, ce qui a permis de guider les propos contenus dans ce document. Ainsi, de grands constats ont pu émerger, conduisant à poser un regard critique sur la planification des naissances en Côte-Nord. Cette évaluation de besoins est également à l'origine des nombreuses cibles et actions proposées dans les *Orientations régionales en planification des naissances de la Côte-Nord* qui sera prochainement publié par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

Nous remercions également Mme Madeleine Rochon, démographe de la Direction de la planification au ministère de la Santé et des Services sociaux, pour son soutien statistique.

Enfin, nos remerciements s'adressent à tous les professionnels de l'Agence de la santé et des services sociaux et des réseaux de la santé et de l'éducation de la Côte-Nord, au docteur Réal Morin de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), ainsi qu'aux docteurs Marie-Soleil Wagner, Catherine Risi, Françoise Gendron, Louise Charbonneau, Jocelyn Bérubé et Marc Steben du Comité d'experts en planning familial de l'INSPQ qui ont relu le document, proposé des corrections et émis de précieux commentaires.

Plusieurs réviseurs de ce document tiennent également à transmettre leur admiration à tous les intervenants qui œuvrent sur la Côte-Nord dans le dossier de planification des naissances, compte tenu des enjeux énormes auxquels ils et elles font face. En effet, l'éloignement, certaines réticences « morales » au regard de la planification des naissances, le multiculturalisme et les difficultés techniques de communication représentent des défis importants à surmonter.

RÉSUMÉ

- Les connaissances recueillies durant les dix dernières années, en particulier dans l'enquête portant sur les jeunes de 12 à 21 ans fréquentant le milieu scolaire dans le territoire de Sept-Îles et Port-Cartier, indiquent que :
  - près d'un jeune sur deux a commencé sa vie sexuelle. De ce nombre, près d'un sur deux a eu plus d'un partenaire sexuel durant l'année précédant l'enquête;
  - lors des relations sexuelles, 42 % des jeunes utilisaient toujours le condom, la pilule ou une autre méthode contraceptive;
  - plus d'un jeune sur dix sexuellement actifs prenait souvent ou très souvent de l'alcool ou de la drogue avant une relation sexuelle;
  - plus d'un jeune sur dix sexuellement actifs a déjà vécu une agression sexuelle;
  - les connaissances des jeunes sur la sexualité et les risques d'une sexualité non protégée sont déficientes. Leurs attitudes indiquent une sous-estimation des risques, corroborées par les intervenants.
- Le nombre de grossesses (poursuite de grossesse et IVG) chez les moins de 20 ans sur la Côte-Nord s'est réduit de 1996 à 2008, passant de 281 à 188 grossesses en 2008. Par contre, le taux de grossesse à l'adolescence (femmes de 15-19 ans) n'a fait que fluctuer durant la même période et malgré une légère baisse (43,2/1 000 en 1996; 39,0/1 000 en 2008), reste toujours 30 % plus élevé que le taux québécois.
- On observe une augmentation du taux de fécondité chez les femmes de 15 à 44 ans de la Côte-Nord (61,3/1 000 en 2008) comme dans le reste de la province. Par ailleurs, leur taux d'IVG reste relativement stable autour de 15/1 000 durant la dernière décennie, toujours légèrement inférieur au taux provincial.
- Une évaluation de besoins en planification des naissances a permis de rencontrer 104 personnes dans sept des huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la Côte-Nord.
- Outre l'enquête faite auprès des jeunes de Sept-Îles et de Port-Cartier en 2003, la collecte d'informations sur la sexualité des jeunes et sur l'utilisation de la contraception par la population est inexistante sur la Côte-Nord. Des statistiques sur l'IVG sont recueillies sur les clientèles des cliniques de planification des naissances.
- À l'exception du territoire du CSSS de Manicouagan, l'éducation à la sexualité n'est pas considérée comme prioritaire. Elle est donc souvent dispensée de façon parcellaire, non continue, non harmonisée et principalement grâce à la bonne volonté et la motivation de certains professionnels, l'arrimage des secteurs scolaires et de la santé étant quasi-inexistant.
- L'accessibilité à la contraception est problématique pour la population de plusieurs CSSS de la Côte-Nord, en particulier pour les adolescents et les jeunes adultes qui, quoique ciblés par plusieurs programmes de santé (vaccination, santé mentale, etc.), se retrouvent majoritairement dans les clientèles orphelines pour le suivi médical.

- Seulement trois CSSS sur sept offrent le service de clinique jeunesse[a], et seulement quelques demi-journées par semaine; ailleurs, ces services ont disparu ou n'ont jamais existé.
- Une attitude favorable est notée à l'égard de l'implantation du modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale.
- Outre ceux des cliniques de planification des naissances de la Côte-Nord, les intervenants semblent assez peu documentés sur l'IVG et expriment un besoin de formation sur les procédures, services existants, modes de référence et le counselling.
- Le besoin d'un bottin sur les mécanismes de référence pour IVG est exprimé.

[a] Définitions :

Service de clinique jeunesse : dans ce texte, ce terme représente un service du CSSS destiné exclusivement à la clientèle jeunesse, selon des plages horaires définies, dans un lieu approprié pour cette clientèle (au CSSS, à l'école ou dans un lieu à proximité du milieu de vie des jeunes), soutenu par une équipe multidisciplinaire composée généralement d'un médecin, d'une infirmière et d'un intervenant social. Au besoin, d'autres professionnels peuvent être appelés à se joindre à cette équipe, comme un psychologue, une nutritionniste, un kinésiologue, etc.

Service de type « clinique jeunesse » : dans ce texte, ce terme représente toute autre forme de service s'adressant exclusivement à la clientèle jeunesse, inspiré de la définition précédente sur l'un ou plusieurs de ses aspects.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ..... **VII**

LISTE DES FIGURES ..... **VII**

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES ..... **IX**

INTRODUCTION **1**

1 MISE EN CONTEXTE **3**

2 PORTRAIT STATISTIQUE **5**

2.1 Généralités 5

2.2 Enquêtes antérieures faites sur les jeunes de la Côte-Nord 6

2.2.1 La grossesse chez les adolescentes de la Côte-Nord : état de la situation et perspective de prévention du phénomène 6

2.2.2 Portrait des jeunes de Sept-Îles et Port-Cartier 8

2.3 Statistiques récentes 10

2.3.1 Grossesses à l'adolescence 10

2.4 Grossesses chez les femmes en général 13

3 ÉVALUATION DE BESOINS **15**

3.1 Méthodologie 15

3.2 Résultats 16

3.2.1 CSSS de la Haute-Côte-Nord 17

3.2.2 CSSS de Manicouagan 17

3.2.3 CSSS de Port-Cartier 18

3.2.4 CSSS de Sept-Îles 19

3.2.5 CSSS de l'Hématite 20

3.2.6 CSSS de Minganie 20

3.2.7 CSSS de la Basse-Côte-Nord 21

3.3 Les constats sur les trois thèmes abordés 22

3.3.1 Éducation à la sexualité (annexe 3) 22

3.3.2 Contraception (annexe 4) 24

3.3.3 Interruption volontaire de grossesse (annexe 5) 26

4 DISCUSSION **29**

4.1 Au regard de l'éducation à la sexualité 29

4.2 Au regard de la contraception 32

4.3 Au regard de l'interruption volontaire de grossesse 36

CONCLUSION **39**

BIBLIOGRAPHIE **41**

ANNEXE 1 RECOMMANDATIONS ÉNONCÉES DANS « LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES DE LA CÔTE-NORD : ÉTAT DE SITUATION ET PERSPECTIVE DE PRÉVENTION DU PHÉNOMÈNE. 2001 » **47**

ANNEXE 2 QUESTIONNAIRE **53**

ANNEXE 3 TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ (ES) 59

ANNEXE 4 TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR LA CONTRACEPTION 65

ANNEXE 5 TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)..... 71

ANNEXE 6 ANALYSE DES ORDONNANCES COLLECTIVES DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD 77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Taux de fécondité (nombre de naissances vivantes) et taux d'IVG (nombre d'IVG) chez les femmes de 15-19 ans de la Côte-Nord et taux d'IVG et de fécondité chez les femmes de 15-19 ans de la province de Québec et du Canada, de 1996 à 2008 12

Tableau 2 Taux de fécondité/nombre de naissances et taux d'IVG/nombre d'IVG chez les femmes de 15-44 ans de la Côte-Nord, de la province de Québec et du Canada 14

Tableau 3 Dates et lieux des rencontres pour l'analyse de besoins 16

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Carte de la Côte-Nord 6

Figure 2 Nombre de grossesses à l'adolescence - Région 09, 1996-2008 10

Figure 3 Nombre d'interruptions volontaires de grossesse à l'adolescence - Région 09, 1996-2008 10

Figure 4 Taux de grossesse à l'adolescence (15-19 ans) sur la Côte-Nord, au Québec et au Canada, 1996-2008 11

Figure 5 Taux de fécondité et d'IVG chez les femmes de 15-44 ans de la Côte-Nord et du Québec, 1996-2008 13

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
CMQ	Collège des médecins du Québec
COU	Contraception orale d'urgence
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique de la Côte-Nord
FPS	Formation personnelle et sociale
GARE	Grossesse à risque élevé
GMF	Groupe de médecine familiale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITS	Infections transmissibles sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OC de CH	Ordonnance collective de contraception hormonale
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PFÉQ	Programme de formation de l'école québécoise
SA	Situation d'apprentissage
SAE	Situation d'apprentissage et d'évaluation
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIPPE	Services intégrés de périnatalité et de petite enfance aux clientèles vulnérables
TIC	Technologie de l'informatique et des communications
VIRAJ	Programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes

INTRODUCTION

Cet état de situation a été réalisé à la demande de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord qui souhaitait ultérieurement développer des Orientations régionales en planification des naissances et implanter le modèle d'accès à la contraception hormonale à partir de l'ordonnance collective. L'idée de réfléchir sur la planification des naissances provenait d'un intérêt à améliorer l'accessibilité à la contraception pour les jeunes et les adultes nord-côtiers et à réduire les grossesses non planifiées. De plus, plusieurs données locales montraient que la précocité sexuelle, les comportements sexuels à risque, les grossesses à l'adolescence en contexte de pauvreté, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) répétées et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) constituaient des problèmes de plus en plus présents sur la Côte-Nord au cours des 20 dernières années. Cet état de situation vise à mettre à jour les statistiques relatives à la planification des naissances sur la Côte-Nord et à documenter les services existants et nécessaires au regard de la planification des naissances dans cette région.

La première section de ce document décrit le contexte dans lequel s'inscrit la planification des naissances au Québec et sur la Côte-Nord.

Dans la section suivante, un portrait statistique est présenté. Il met en relief les statistiques relatives aux grossesses chez les adolescentes ainsi que les mesures de la fécondité et des IVG chez les femmes en général de la Côte-Nord, comparativement à celles de la province de Québec. Il résume également les connaissances sur la sexualité et la santé reproductive des jeunes de la Côte-Nord acquises durant les dix dernières années.

Par la suite, une évaluation de besoins des intervenants de la Côte-Nord et ses objectifs sont présentés. Dans cette section, on aborde la méthodologie utilisée, puis on expose les résultats obtenus. Les constats qui en découlent sont ensuite présentés.

Finalement, dans une dernière section, s'en suit une discussion des stratégies jugées prometteuses pour réduire les problématiques émergentes.

1 MISE EN CONTEXTE

À l'origine et à la suite de la publication d'*Orientations ministérielles en planification des naissances*[1] en décembre 1995, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Jean Rochon, avait demandé à chacune des régies régionales d'élaborer un plan d'action régional qui serait le reflet des *Orientations ministérielles*. Les deux priorités identifiées étaient alors de :

- Diminuer les grossesses chez les adolescentes de moins de 18 ans;
- Assurer une meilleure accessibilité aux services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans toutes les régions.

À cette époque, la région de la Côte-Nord ne s'était pas dotée d'un plan d'action spécifique, mais avait produit, en février 2001, un document s'intitulant : ***La grossesse chez les adolescentes de la Côte-Nord : État de situation et perspective de prévention du phénomène***[2]. Dans ce document, l'offre d'éducation à la sexualité dès la 6e année du primaire et aux élèves du secondaire était reconduite dans tous les milieux, y compris les écoles en milieux autochtones selon les accommodements faits avec les communautés. On recommandait l'implantation de cliniques jeunesses dans certaines écoles secondaires et la disponibilité de la contraception orale d'urgence (COU) et des méthodes contraceptives dans ces cliniques. On suggérait la dispensation d'un programme visant à sensibiliser les jeunes aux coûts qu'implique la naissance d'un enfant et l'on préconisait la mise en œuvre du programme *VIRAJ* (violence dans les relations amoureuses) dans les écoles secondaires et les maisons de jeunes.

Un bilan de la mise en œuvre provinciale des plans d'action fait en octobre 2001[3], soit près de cinq ans après la parution des *Orientations ministérielles en planification des naissances*, constatait la production de plans d'action dans 7 régions sur 16 et faisait état de l'effet mitigé de ceux-ci sur les taux de grossesse à l'adolescence. On attribuait cette demi-réussite au fait que certaines régions n'avaient pas encore produit de plan d'action ou que leur mise en œuvre était récente. En l'occurrence, on notait l'importance d'agir dans les régions à haut risque. À cette époque, on observait que la Côte-Nord avait des taux de grossesse à l'adolescence parmi les plus élevés de la province, se classant au troisième rang après la région de Montréal et celle du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Ces taux étaient de 25,5 pour 1 000 femmes de 14 à 17 ans durant la période de 1993-1995 et de 24,6 pour 1 000 pour la période de 1996-1998, comparativement aux taux provinciaux de 19,2/1 000 en 1993-1995 et de 19,6/1 000 en 1996-1998.

Durant les années qui suivirent, le MSSS soutint diverses actions en planification des naissances pour le Québec. Ainsi, en 2001, le MSSS alloua 2,7 millions de dollars récurrents pour améliorer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)[4]. Une partie de cette somme était versée à la Côte-Nord pour le développement de services d'IVG à Sept-Îles et Baie-Comeau. À partir de 2003, le MSSS favorisait l'accessibilité de la COU directement en pharmacie dans toute la province. Ainsi, pour l'année 2003 seulement, les services reliés à la COU nécessitaient un investissement de 525 000 $; dans plus de 10 % des cas, ces services rejoignaient des adolescentes.

Au printemps 2007, une vaste stratégie provinciale d'augmentation de l'accessibilité de la contraception hormonale et de perfectionnement des habiletés des infirmières dans ce domaine était lancée, sous le leadership de l'INSPQ. Pour ce faire, un modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale (OC de CH) était adopté conjointement par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), avec le soutien du MSSS et de l'INSPQ[5]. Ce modèle clarifiait les modalités administratives permettant aux femmes en bonne santé d'avoir accès, pour une période maximale de six mois, à la contraception hormonale en pharmacie communautaire, partout au Québec, sans consultation médicale.

Ce modèle devait être adopté localement dans chaque établissement, après consultation des médecins, pharmaciens et des infirmières visés et selon les modalités prévues localement. Une formation complémentaire en contraception hormonale développée par l'OIIQ et l'INSPQ était, par ailleurs, dispensée à la grandeur du Québec grâce au leadership de responsables régionaux de l'implantation de l'OC de CH.

L'implantation de cette stratégie, débutée à l'automne 2007, s'est étendue progressivement à presque toutes les régions du Québec. Sur la Côte-Nord, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Sept-Îles faisait partie des premiers établissements de la province à implanter cette stratégie, soit au début de 2008. Cependant, cet élan n'était pas suivi ailleurs en Côte-Nord, en raison de difficultés organisationnelles et de pénurie de ressources. C'est l'une des raisons qui poussèrent l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord à initier cette démarche d'état de situation en planification des naissances. Ainsi, la Côte-Nord a besoin non seulement d'obtenir une mise à jour des statistiques vitales en matière de planification des naissances, mais aussi de connaître l'état des services en planification des naissances dans ses CSSS et les éléments sous-jacents à une implantation possible du modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale dans chacun des territoires, dans le but ultime de réduire les taux de grossesses non planifiées chez les adolescentes et les adultes de sa région.

Notons qu'en 2009, dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014, le MSSS a attribué à la Côte-Nord une subvention de développement pour un projet de démonstration en matière de sexualité saine et responsable. Ce projet consiste à développer des situations d'apprentissages et d'évaluations (SAÉ) pour chacun des cycles du primaire, de façon concertée entre les réseaux de l'éducation et celui de la santé. Suite à l'expérimentation locale, à partir de 2011-2012, il est prévu que ces SAÉ seront diffusées à l'échelle nationale, tout comme le matériel ou les activités des autres projets développés par trois autres régions du Québec. Ce projet se déroule donc en parallèle du présent état de situation.

2 PORTRAIT STATISTIQUE

2.1 GÉNÉRALITÉS

L'étendue du territoire de la Côte-Nord, soit 351 523 km^2, est très importante puisqu'il s'agit du quart de la superficie du Québec (voir carte ci-bas)[6]. Plusieurs zones géographiques différentes forment le territoire, ce qui a pour effet de provoquer une grande diversité entre les sous-régions qui composent la région nord-côtière[7,8]. Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire. Les municipalités régionales de comté (MRC) de Manicouagan et des Sept-Rivières représentent les deux centres urbains de la Côte-Nord. Les MRC de la Minganie et de la Haute-Côte-Nord connaissent une tout autre réalité avec moins de population et des villages échelonnés le long de la route 138 et de la Côte du Golfe du St-Laurent[7,8]. Située au-delà du 52e parallèle, à 565 kilomètres au nord de Baie-Comeau et à 15 kilomètres de la frontière entre le Québec et le Labrador, la MRC de la Caniapiscau couvre une superficie de plus de 81 000 kilomètres carrés, ce qui en fait la deuxième plus grande MRC du Québec. Initialement formée de trois municipalités, cette MRC n'en compte désormais plus que deux, soit Fermont et Schefferville, et ce, depuis la fermeture de Gagnon en 1985[7]. Enfin, la région de la Basse-Côte-Nord est parsemée de villages, souvent sans accès routier, dont le principal lieu de services est la petite ville de Blanc-Sablon, située à l'extrême Est de la province de Québec, sur la frontière du Labrador, à 1 423 km de la ville de Québec[7].

Selon les plus récentes projections de population de l'Institut de la statistique du Québec et diffusées par le MSSS en janvier 2010, la Côte-Nord comptait 95 291 habitants au 1er juillet 2009, soit 1,2 % de la population du Québec[6]. Les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupaient 48 136 personnes, soit la moitié de la population de la Côte-Nord (50,5%)[6]. C'est une région jeune où la population fluctue en fonction des hauts et des bas des principales industries. En 2009, la proportion de la population âgée de moins de 25 ans était légèrement supérieure à celle du Québec (29,2 % versus 28,04 %)[6].

La Côte-Nord est peuplée de trois groupes ethniques : des francophones, des autochtones et des anglophones. La population francophone représente 86 % de la population. Les autochtones composent 12,7 % de la population[6]. Les 12 175 autochtones sont répartis dans huit communautés innues et une communauté naskapie[6,9]. On estime que 30 % des autochtones nord-côtiers ne vivent pas sur une communauté autochtone. Les anglophones sont surtout concentrés sur le territoire de la Basse-Côte-Nord où ils représentent près de 80 % de la population.

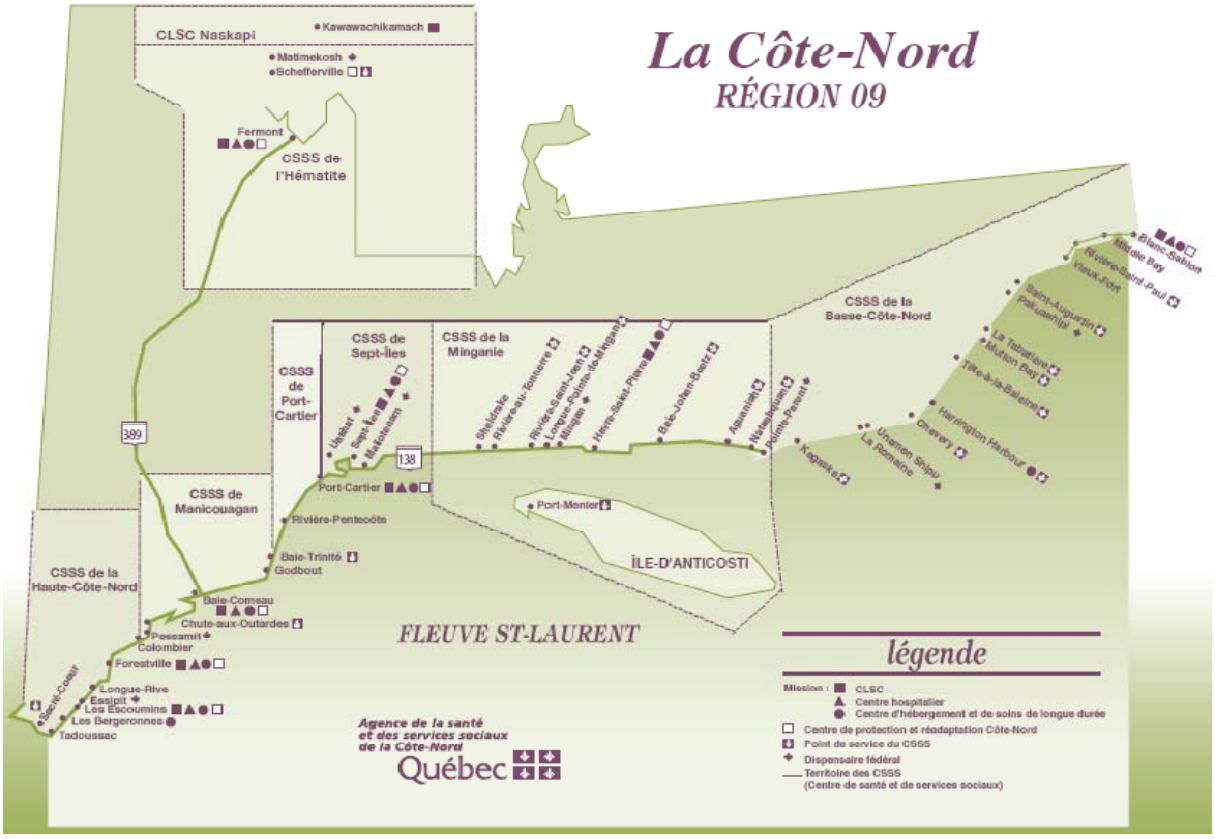

Figure 1 Carte de la Côte-Nord

2.2 ENQUÊTES ANTÉRIEURES FAITES SUR LES JEUNES DE LA CÔTE-NORD

Quelques enquêtes ont été réalisées sur les jeunes de la Côte-Nord durant les dix dernières années. Deux de ces enquêtes comportaient des informations sur la sexualité des jeunes de la Côte-Nord.

2.2.1 La grossesse chez les adolescentes de la Côte-Nord : état de la situation et perspective de prévention du phénomène[2]

En 2001, une étude était faite sur la grossesse chez les adolescentes de la Côte-Nord dans le cadre des *Orientations en matière de santé et de bien-être pour la Côte-Nord*. Les objectifs de cette étude visaient à identifier les facteurs de protection susceptibles de diminuer le nombre de grossesses chez les adolescentes de la Côte-Nord et de proposer des moyens de limiter les conséquences négatives de la maternité à l'adolescence. Les moyens utilisés pour répondre à ces objectifs ont été une revue de la littérature scientifique, une mise à jour des statistiques et une collecte de données auprès de 35 répondants, sous forme d'entrevues individuelles semi-dirigées, d'une durée d'environ une heure.

Outre les données connues sur la problématique de la grossesse à l'adolescence et ses conséquences, les résultats, en lien avec la planification des naissances, montraient que :

- les données couvrant la période de 1993-1995 classaient la Côte-Nord au 3e rang provincial avec 25,5 grossesses pour 1 000 adolescentes de moins de 18 ans. Pour les femmes de 18-19 ans, le taux de grossesse de la Côte-Nord était en 5e place dans la province (74,0/1 000);
- pour la même période, la Côte-Nord affichait le 2e plus haut taux de fécondité, soit 13,7 naissances vivantes pour 1 000 adolescentes de moins de 18 ans. Pour les 18-19 ans, le taux de fécondité de la Côte-Nord était en 3e place (46,6/1 000);
- pour la même période, le taux d'IVG chez les moins de 18 ans était le 9e plus élevé de la province (10,1/1 000). Pour les 18-19 ans, le taux d'IVG était en 12e place (21,8/1 000);
- en 2000, le taux de fécondité chez les moins de 18 ans de la Côte-Nord avait peu changé et était encore à 12,7/1 000 tandis que chez les 18-19 ans, il semblait avoir légèrement baissé à 44,6/1 000;
- en 2000, les taux de fécondité chez les jeunes femmes autochtones de la Côte-Nord étaient près de trois à quatre fois plus élevés que celui des jeunes femmes non autochtones : chez les moins de 18 ans, 19/1 000 versus 7,5/1 000; chez les 18-19 ans, 141,7/1 000 versus 37,0/1 000;
- concernant les facteurs associés à la grossesse à l'adolescence, les intervenants rencontrés estimaient que les attitudes des adolescents ancrées dans le présent et souvent empreintes d'insouciance et de spontanéité pouvaient en grande partie expliquer ce phénomène. On notait aussi le fait que les adolescentes n'osaient pas utiliser la contraception de peur de devoir affronter leurs parents, qu'elles abandonnaient leur méthode contraceptive à cause d'effets secondaires sans songer à consulter, qu'elles se pliaient au désir des garçons et n'utilisaient pas les condoms. Certaines étaient embarrassées de consulter un médecin, d'autres n'avaient pas les moyens de se payer leur contraception; enfin, le désir de grossesse existait chez certaines jeunes filles;
- concernant les issues de grossesse, les intervenants rencontrés notaient que le choix de l'adolescente était relié tant à sa personnalité qu'à son entourage et son milieu d'origine. Les garçons étaient assez peu consultés par rapport à ce choix et ceux qui l'étaient présentaient des comportements variés d'engagement. L'IVG était choisie par les jeunes filles qui avaient des projets de carrière ou d'avenir. Cette option était moins choisie par les adolescentes autochtones et quand elle l'était, c'était particulièrement pour éviter une deuxième naissance trop rapprochée de la première. Par ailleurs, certaines jeunes filles ayant fait un choix préalable d'IVG subissaient l'influence de leur parenté pour continuer cette grossesse;
- concernant les services d'IVG, quoique les adolescentes ignoraient les procédures liées à cette intervention, les intervenants rencontrés affirmaient qu'elles savaient qu'elles pouvaient s'adresser au CLSC, au dispensaire ou à l'infirmière scolaire si elles avaient besoin d'une IVG. Au pire, elles pouvaient se présenter à l'urgence d'un hôpital local. Les intervenants constataient que les adolescentes consultaient tardivement, parfois au point de ne plus pouvoir avoir l'intervention dans la région. Des problèmes de confidentialité étaient notés, en particulier dans les petites communautés. On mentionnait aussi les

difficultés vécues par certaines femmes consultant à la clinique d'IVG du Centre hospitalier régional de Baie-Comeau dont les services sont rendus dans la clinique GARE (clinique pour les grossesses à risque élevé);

- concernant l'éducation à la sexualité, les intervenants rencontrés notaient qu'elle était offerte dès le primaire en 6e année ainsi qu'aux élèves du secondaire, dans le cadre du programme de Formation personnelle et sociale (FPS). L'éducation à la sexualité était donnée de façon disparate, selon les milieux et à la discrétion des enseignants, des infirmières scolaires, des intervenants sociaux et des organismes communautaires. Le contenu touchait surtout la contraception et les ITSS, mais certaines initiatives locales proposaient des activités sur les coûts associés à la venue du premier enfant, sur les habiletés parentales, tandis que d'autres présentaient le programme VIRAJ (violence dans les relations amoureuses des jeunes). L'existence de cliniques jeunesses semblait être appréciée, car rejoignant efficacement les jeunes. Sur le plan individuel, tant les médecins que les infirmières profitaient du temps de consultation pour aborder les déterminants du comportement contraceptif et de protection des ITSS. Par contre, plusieurs intervenants s'entendaient pour constater que la sexualité était encore un sujet tabou sur la Côte-Nord et qu'il n'y avait pas d'adéquation entre l'information véhiculée auprès des jeunes et leur niveau de connaissances au sujet des relations sexuelles, de la protection contre les ITSS et de la prévention des grossesses;
- les intervenants dans les communautés autochtones avaient, sur tous ces sujets, des commentaires pratiquement semblables aux autres intervenants.

Une liste de recommandations était fournie à la fin de cette étude. Cette liste est présentée à l'annexe 1.

2.2.2 Portrait des jeunes de Sept-Îles et Port-Cartier[7]

En 2004, sur l'initiative de l'équipe jeunesse du CLSC de Sept-Îles et en collaboration avec un professeur de service social de l'Université Laval, une étudiante à la maîtrise en service social a réalisé une enquête auprès des jeunes de la MRC des Sept-Rivières. Cette enquête s'est déroulée en juin 2003 et visait les jeunes âgés de 12 à 21 ans domiciliés dans la MRC et fréquentant un établissement d'enseignement de Port-Cartier ou de Sept-Îles. Un échantillon de 864 jeunes a répondu à un questionnaire déjà utilisé pour une enquête similaire dans une autre région du Québec.

Dix-neuf questions portaient sur « Les jeunes, l'amour et la sexualité ». Les résultats, en lien avec la planification des naissances, montraient que :

- un jeune sur trois vivait une relation amoureuse;
- un jeune sur quatre acceptait mal de ne pas avoir de relation amoureuse;
- parmi ceux vivant une relation amoureuse, 8 % en était peu ou pas du tout satisfaits;
- 43 % des jeunes avaient déjà eu une relation sexuelle complète (avec pénétration);
- les jeunes ayant des résultats scolaires élevés étaient moins nombreux à avoir déjà eu une relation sexuelle complète comparativement à ceux ayant des résultats scolaires plus faibles (46 % versus 67 %);

- parmi ceux et celles ayant eu une relation sexuelle complète, plus d'un jeune sur trois l'avait eu à 13 ans ou moins;
- plus d'un jeune sur dix sexuellement actifs avait eu une relation sexuelle complète à 12 ans ou moins;
- près d'un jeune sur dix sexuellement actifs avait eu une relation sexuelle complète alors qu'il ne se sentait pas prêt;
- 44 % des jeunes actifs sexuellement avaient eu plus d'un partenaire sexuel durant la dernière année et 15 % en avaient eu quatre ou plus;
- les garçons étaient plus représentés dans la catégorie des jeunes ayant eu plus de cinq partenaires;
- plus d'un jeune sur dix sexuellement actifs prenait souvent ou très souvent de l'alcool avant de faire l'amour et 16 % prenaient de la drogue avant une relation sexuelle;
- plus d'un jeune sur dix ayant eu des relations sexuelles avait déjà été agressé sexuellement;
- sur l'ensemble des jeunes actifs sexuellement, trois sur cinq utilisaient toujours le condom, un sur trois l'utilisait occasionnellement et 7 % ne l'utilisaient jamais;
- les garçons étaient plus nombreux que les filles à utiliser le condom et les jeunes de 14 ans l'utilisaient plus que les jeunes de 16 ans;
- les principales raisons invoquées pour ne pas utiliser le condom étaient la perte de sensation, l'impact sur la spontanéité, le fait de ne pas en avoir sur soi quand le besoin se présente;
- lors des relations sexuelles, 42 % des jeunes actifs sexuellement disaient utiliser toujours le condom, la pilule ou une autre méthode contraceptive; trois filles sur quatre utilisaient la pilule comme méthode de contraception et 12 % avaient déjà utilisé la contraception orale d'urgence (COU);
- 23 % de tous les jeunes interrogés ne savaient pas où faire un test de grossesse;
- dans le cas d'une grossesse non planifiée, 45 % opteraient pour une IVG, 41 % opteraient pour la poursuite de la grossesse, 4 % pour l'adoption et 9 % ne savaient pas quelle option choisir;
- 55 % des jeunes sexuellement actifs se considéraient « nullement » à risque d'attraper une ITS;
- 25 % estimaient que la prise de la pilule réduisait le risque d'attraper une ITS ou le SIDA;
- pour se protéger des ITS : 65 % utilisaient régulièrement le condom, 46 % se limitaient à un seul partenaire, 38 % étaient prudents dans le choix de leur partenaire, les autres utilisaient d'autres moyens, ne faisaient pas attention ou n'avaient pas de relation sexuelle complète;
- de petits pourcentages déclaraient avoir déjà eu des ITS : chlamydia 3 %, gonorrhée 3 %, condylome 3 %, hépatite B 8 %.

2.3 STATISTIQUES RÉCENTES

2.3.1 Grossesses à l'adolescence

Les statistiques ici présentées concernant la grossesse à l'adolescence s'appliquent à toute la population de la Côte-Nord, quelle que soit son origine ethnique ou sa langue. Par contre, on sait du rapport publié en 2001[2] présenté précédemment que ce phénomène est plus important chez les Autochtones. Aucune statistique spécifique n'est disponible pour ce sous-groupe.

En termes de nombre de grossesses, les adolescentes de moins de 20 ans ont vu leur nombre de grossesses se réduire progressivement de 1996 à 2008, passant de 199 grossesses en 1996, à 140 grossesses en 2008 (figure 1). Cette réduction est particulièrement ressentie chez les moins de 18 ans.

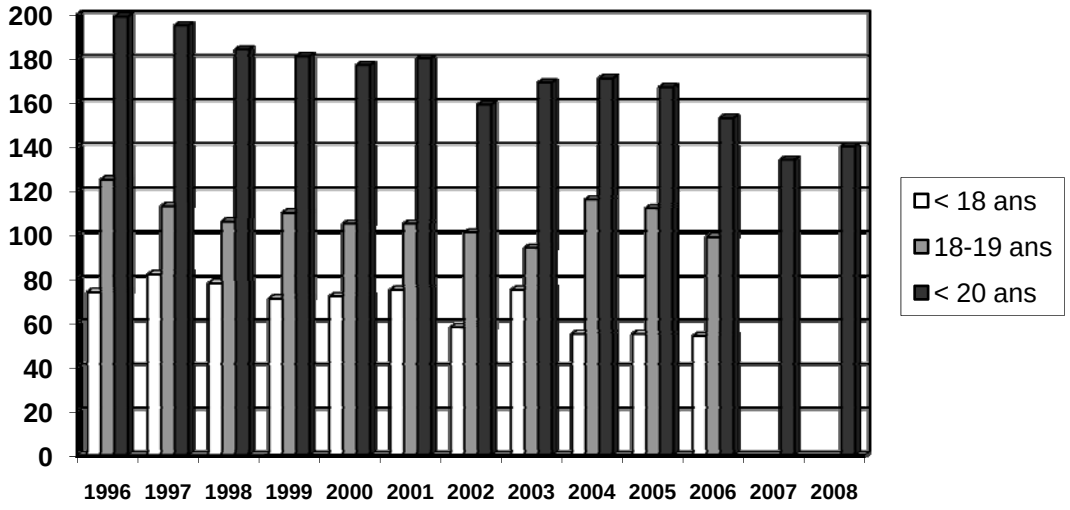

Figure 2 Nombre de grossesses à l'adolescence - Région 09, 1996-2008[10]

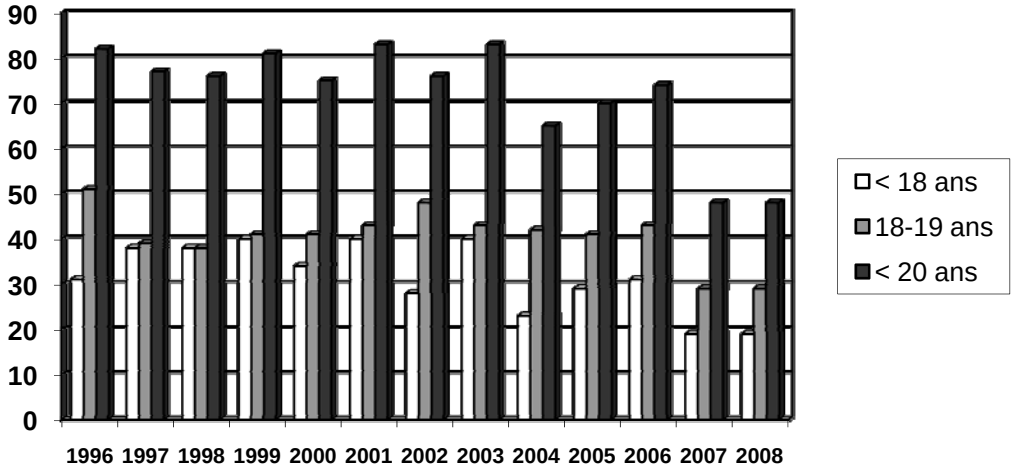

Figure 3 Nombre d'interruptions volontaires de grossesse à l'adolescence - Région 09, 1996-2008[10]

En termes de nombre d'IVG, chez les femmes de moins de 20 ans, le nombre d'IVG s'est légèrement réduit depuis 2004, passant d'une moyenne de 80 IVG par année pour les années 1996 à 2003 à 71 IVG par année de 2004 à 2008 (figure 2). Les données de 2007 et 2008 sont encore considérées comme provisoires, mais laissent présager une réduction importante du nombre d'IVG chez les moins de 20 ans.

Globalement, le taux de grossesse à l'adolescence (nombre de grossesses (naissances + IVG) pour 1 000 femmes de 15-19 ans) sur la Côte-Nord (figure 4) est fluctuant et toujours plus élevé que celui du Québec. Il est caractérisé par un taux en augmentation de 1996 (43,2/1 000) à 2001 (49,3/1 000), suivi d'une réduction pendant deux ans et d'un autre pic en 2004 (52,9/1 000). Depuis 2004, le taux de grossesse à l'adolescence est en réduction constante et a atteint son niveau le plus bas des 12 dernières années à 39,0/1 000 en 2008. Parallèlement, depuis la fin des années 90, le taux de grossesse à l'adolescence, tant au Québec qu'au Canada, est en décroissance régulière et se situe à près de 30/1 000[10,11].

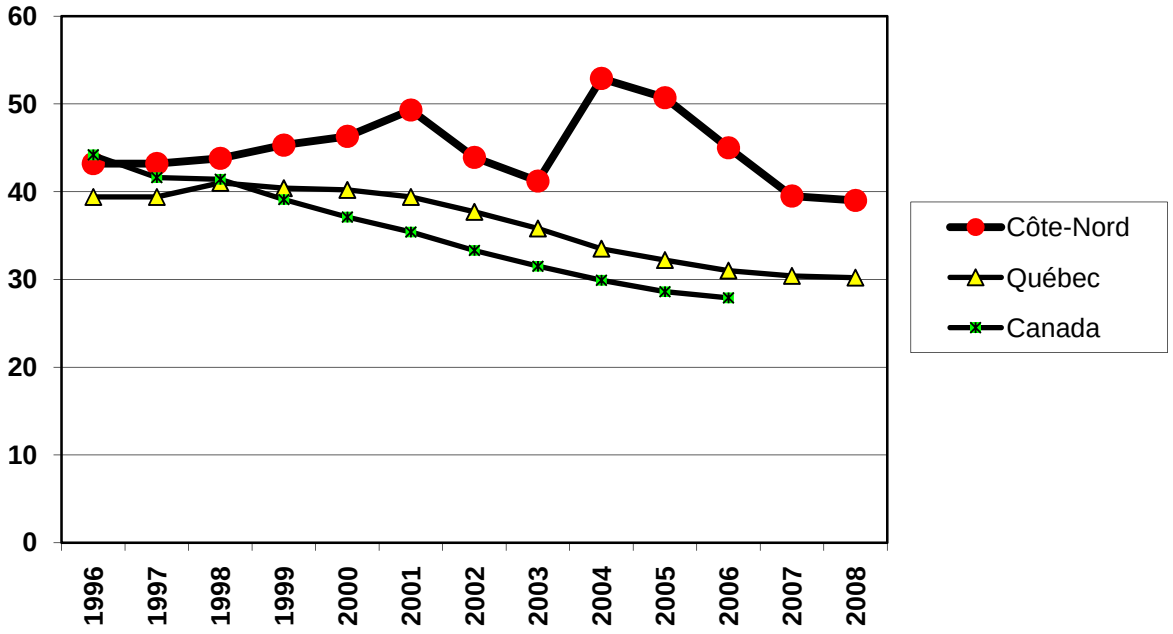

Figure 4 Taux de grossesse à l'adolescence (15-19 ans)* sur la Côte-Nord, au Québec et au Canada, 1996-2008[10,11,12]

* Ces taux de grossesse à l'adolescence excluent les taux d'avortements spontanés et de mortinaissances qui ne sont pas toujours disponibles dans les banques de données. Ils représentent, en général, 10 à 15 % du total des grossesses.

Les taux de fécondité[b] **et d'IVG** chez les femmes de 15-19 ans de la Côte-Nord, de 1996 à 2008, sont présentés au tableau 1. Le taux de fécondité a fluctué d'une année à l'autre, mais est resté relativement stable à plus du double du taux de fécondité provincial pour les femmes du même âge[10]. En 2008, le taux de fécondité de la Côte-Nord est à 25,8/1 000 tandis qu'il est de 9,9/1 000 pour le Québec. Pour ce qui est du taux d'IVG chez les femmes

[b] Le taux de fécondité est le nombre de naissances vivantes pour 1 000 femmes d'un groupe d'âge donné.

de 15-19 ans, de 1996 à 2008, il a toujours été légèrement inférieur au taux provincial, sauf en 2003 où il a grimpé à 25,9/1 000. Par la suite, il est resté sensiblement au même niveau ou légèrement inférieur au taux provincial, pour chuter à ses niveaux les plus bas en 2007 et 2008 à 15,1/1 000 et 13,2/1 000, soit très inférieurs aux taux provinciaux qui se situaient à 20,7/1 000 et 20,3/1 000 pour ces mêmes années[10].

Tableau 1 Taux de fécondité (nombre de naissances vivantes) et taux d'IVG (nombre d'IVG) chez les femmes de 15-19 ans de la Côte-Nord et taux d'IVG et de fécondité chez les femmes de 15-19 ans de la province de Québec et du Canada, de 1996 à 2008[10,11]

Années	Taux de fécondité			Taux d'IVG		
	Côte-Nord Taux pour 1 000 (n)	Québec Taux pour 1 000	Canada Taux pour 1 000	Côte-Nord Taux pour 1 000 (n)	Québec Taux pour 1 000	Canada Taux pour 1 000
1996	24,2 (99)	16,3	22,1	19,0 (78)	23,1	22,1
1997	24,5 (97)	15,5	20,0	18,7 (74)	23,9	21,6
1998	25,1 (95)	14,9	19,8	18,7 (71)	26,1	21,6
1999	25,0 (91)	14,6	18,6	20,3 (74)	25,8	20,5
2000	25,7 (90)	13,7	17,0	20,6 (72)	26,5	20,1
2001	26,4 (90)	13,5	16,0	22,9 (78)	25,9	19,4
2002	22,1 (72)	12,4	14,9	21,8 (71)	25,3	18,4
2003	25,3 (79)	11,4	14,4	25,9 (81)	24,4	17,1
2004	31,8 (98)	10,3	13,6	21,1 (65)	23,2	16,3
2005	29,2 (91)	10,2	13,3	21,5 (67)	22,0	15,3
2006	23,1 (73)	9,3	13,7	21,9 (69)	21,7	14,2
2007	24,4 (79)	9,7	n.d.	15,1 (49)	20,7	n.d.
2008	25,8 (86)	9,9	n.d.	13,2 (44)	20,3	n.d.

n.d. : non disponible.

2.4 GROSSESSES CHEZ LES FEMMES EN GÉNÉRAL

Les statistiques concernant les grossesses chez les femmes en général s'appliquent à toute la population de la Côte-Nord, quelle que soit son origine ethnique ou sa langue. Les taux de grossesse (naissances et IVG) chez les femmes de 15 à 44 ans permettent d'avoir une estimation des taux de grossesse chez les adultes.

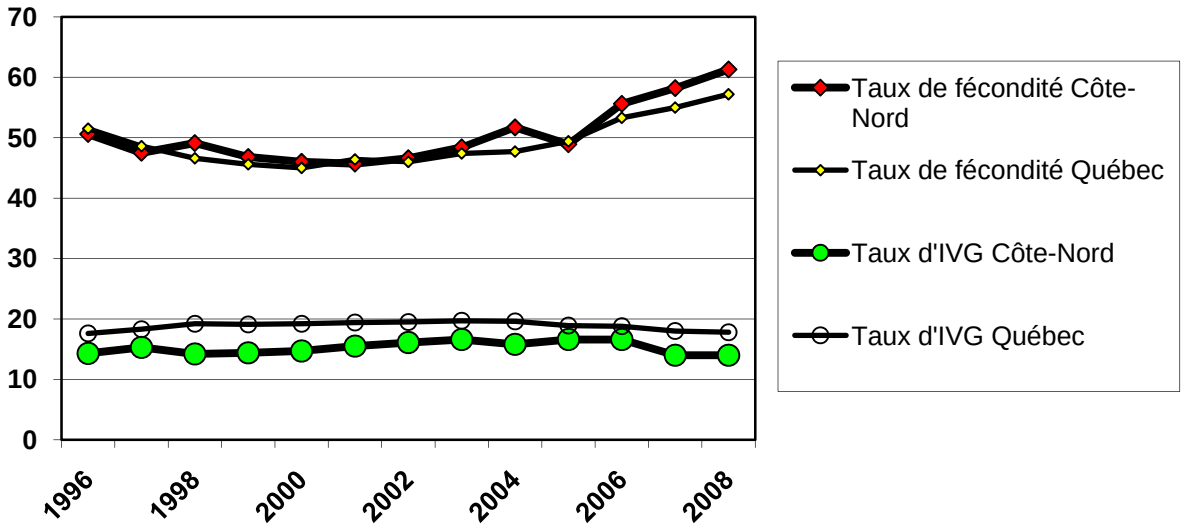

Figure 5 Taux de fécondité et d'IVG chez les femmes de 15-44 ans de la Côte-Nord et du Québec, 1996-2008[10]

Tel que montré au tableau 2 et à la figure 5, les taux de fécondité des femmes de 15 à 44 ans de la Côte-Nord ont varié de 1996 à 2008. Ils sont passés de 50,6/1 000 en 1996 à 45,7/1 000 en 2001, pour remonter à leur taux le plus élevé des 12 dernières années, à 61,3/1 000 en 2008. Les taux de fécondité des femmes de 15-44 ans de la Côte-Nord évoluent sensiblement de la même façon que ceux des femmes du même âge de la province. Des données locales de l'Agence de la Côte-Nord indiqueraient cependant que, depuis les dix dernières années, le pourcentage des naissances totales survenant dans les communautés autochtones augmenterait tandis que celui survenant dans les communautés non autochtones se réduirait. Ces données sont à confirmer.

Les taux d'IVG des femmes de 15 à 44 ans de la Côte-Nord sont, pour leur part, relativement stables autour de 15/1 000, et ce, toujours légèrement inférieurs à ceux de la province.

En résumé sur le plan statistique, de 1996 à 2008, on observe une réduction du nombre de grossesses et d'IVG à l'adolescence sur la Côte-Nord. Par contre, le taux de grossesse à l'adolescence ne s'est que légèrement réduit durant cette période et reste encore nettement supérieur au taux provincial. Le taux de fécondité chez les adolescentes de la Côte-Nord est plus de deux fois supérieur à celui des adolescentes du Québec. Chez les femmes de la Côte-Nord en général, la fécondité est en croissance depuis les sept à huit dernières années, comme dans le reste de la province, et le taux d'IVG est stable, légèrement en deçà de celui du Québec.

Tableau 2 Taux de fécondité/nombre de naissances et taux d'IVG/nombre d'IVG chez les femmes de 15-44 ans de la Côte-Nord, de la province de Québec et du Canada[10]

Années	Taux de fécondité		Taux d'IVG	
	Côte-Nord Taux pour 1 000 (n)	Québec Taux pour 1 000 (n)	Côte-Nord Taux pour 1 000 (n)	Québec Taux pour 1 000 (n)
1996	50,6 (1 272)	51,5	14,3 (359)	17,6
1997	47,5 (1 182)	48,6	15,3 (381)	18,3
1998	49,1 (1 188)	46,6	14,2 (343)	19,2
1999	46,8 (1 096)	45,6	14,4 (337)	19,1
2000	46,0 (1 038)	45,0	14,7 (331)	19,2
2001	45,7 (999)	46,4	15,5 (339)	19,4
2002	46,6 (978)	46,0	16,1 (339)	19,5
2003	48,4 (985)	47,4	16,6 (339)	19,7
2004	51,7 (1 028)	47,7	15,8 (314)	19,6
2005	48,9 (954)	49,4	16,6 (323)	18,9
2006	55,6 (1 060)	53,3	16,6 (317)	18,8
2007	58,2 (1 083)	55,0	14,0 (260)	18,0
2008	61,3 (1 113)	57,2	14,0 (254)	17,8

3 ÉVALUATION DE BESOINS

Souhaitant documenter les services existants et nécessaires au regard de la planification des naissances dans sa région, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a opté pour la réalisation d'une évaluation de besoins. Celle-ci visait, dans chaque territoire de CSSS, à :

1) décrire les ressources et activités existantes au regard de l'éducation à la sexualité, de la contraception et de l'IVG;
2) déterminer les besoins au regard de l'éducation à la sexualité, de la contraception et de l'IVG;
3) vérifier les facteurs facilitant ou bloquant l'implantation du modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale.

3.1 MÉTHODOLOGIE

De nombreux auteurs définissent les besoins de santé comme l'écart entre un état de santé *constaté* et un état de santé *souhaité*[13,14,15]. Même s'il est admis que les déterminants de la santé sont multiples (facteurs environnementaux, sociaux, médicaux-sociaux), il est plus pragmatique, dans une optique de planification sanitaire des services de santé, de s'intéresser à des besoins spécifiques plutôt qu'aux besoins de santé en général[16]. Au regard de la planification des naissances, la définition des besoins a été préalablement définie avec l'Agence de la Côte-Nord comme la perception de la capacité de la population de bénéficier de services en matière d'éducation à la sexualité, de contraception et d'IVG. De plus, après des discussions avec des représentants de cette Agence, une décision a été arrêtée de prioriser les informations recueillies au sujet des femmes de moins de 30 ans qui constituent environ 80 % de la clientèle consultant pour une interruption volontaire de grossesse, ainsi que les garçons et filles de moins de 18 ans qui sont la clientèle principale visée par l'éducation à la sexualité.

Une évaluation des besoins doit pouvoir répondre à quatre questions clés[17] :

- combien de personnes dans la région ont besoin de services de planification des naissances?
- quel est le besoin relatif de services en planification des naissances selon les territoires de CSSS?
- quel type de services sont nécessaires et quelles doivent être leurs caractéristiques?
- quels sont les services existants et comment les améliorer pour qu'ils puissent répondre aux besoins?

Différentes méthodes existent pour faire les évaluations de besoins. Nous avons privilégié la consultation d'informateurs clés, soit les professionnels des CSSS de la Côte-Nord travaillant avec les clientèles requérant des services de planification des naissances. Un questionnaire d'entrevue de groupe (annexe 2) a été développé afin de permettre aux professionnels d'exprimer leurs idées et perceptions sur les sujets visés. Il visait à déterminer les ressources existantes en planification des naissances (éducation à la sexualité, contraception et IVG) dans chaque territoire de CSSS et à questionner les intervenants du

réseau de la santé sur leurs perceptions des difficultés en planification des naissances et des besoins au regard des ressources nécessaires.

Afin de réaliser cette évaluation de besoins, une professionnelle de l'Agence de la Côte-Nord et une professionnelle de l'INSPQ ont fait la tournée de tous les CSSS de la région, à l'exception du CLSC Naskapi en raison de sa distance éloignée. Les professionnels visés par cette évaluation étaient principalement ceux et celles des équipes Famille-Enfance-Jeunesse et de périnatalité, soit principalement des infirmières, des travailleurs sociaux, des pharmaciens et des médecins. Une validation des données recueillies a ensuite été faite auprès de chaque équipe de CSSS consultée de la Côte-Nord.

Quoique l'évaluation de besoins soit un moment privilégié pour répondre à des questions précises et exposer des situations particulières concernant un problème ou des services de santé, elle peut aussi être teintée des jugements personnels des participants et donner lieu à des divergences d'opinions. Cet exercice peut donc faire l'objet de limites dans son interprétation.

3.2 RÉSULTATS

La consultation des équipes de CSSS sur le terrain a commencé le 21 avril 2009 dans le territoire de la Haute-Côte-Nord pour se terminer le 28 janvier 2010 dans le territoire de la Basse-Côte-Nord.

Tableau 3 Dates et lieux des rencontres pour l'analyse de besoins

Date de la rencontre	Lieu de la rencontre	Équipe rencontrée	Nombre de personnes présentes
21 avril 2009	Les Escoumins	CSSS de la Haute-Côte-Nord	18
22 avril 2009	Baie-Comeau	CSSS de Manicouagan	16
23 avril 2009	Port-Cartier	CSSS de Port-Cartier	8
24 avril 2009	Sept-Îles	CSSS de Sept-Îles	7
29 mai 2009	Fermont	CSSS de l'Hématite	12
26 janvier 2010	Havre-Saint-Pierre	CSSS de la Minganie	12
28 janvier 2010	Blanc-Sablon	CSSS de la Basse-Côte-Nord	31
Total de personnes rencontrées			**104**

Les équipes de CSSS de sept territoires de la Côte-Nord, pour un total de 104 personnes, ont été rencontrées (tableau 3). Ces rencontres se sont déroulées lors de trois visites d'une professionnelle de l'INSPQ et d'une professionnelle de l'Agence de la Côte-Nord,

entrecoupées par la période de vaccination de la grippe H1N1 qui a retardé le processus de consultation de six mois.

Le résumé des rencontres est présenté pour chaque territoire de CSSS consulté.

3.2.1 CSSS de la Haute-Côte-Nord

Aucune statistique n'est disponible dans le territoire de la Haute-Côte-Nord concernant la sexualité des jeunes et des adultes, la contraception ou l'IVG.

L'éducation à la sexualité semble reposer sur les épaules d'un petit nombre d'infirmières jeunesse qui donnent quelques activités liées davantage à la santé sexuelle qu'au développement de la sexualité, et ce, en fin primaire et occasionnellement, sur demande, au secondaire. Les intervenants comprennent difficilement comment les nouveaux programmes du renouveau pédagogique et l'approche *École en santé* peuvent intégrer l'éducation à la sexualité. Celle-ci ainsi que les services de santé donnés à la jeunesse ont diminué dans les dernières années et sont perçus comme n'étant pas une priorité. Pourtant, les problèmes en lien avec des situations abusives sur le plan sexuel, une banalisation de la sexualité, une hypersexualisation et des grappes de grossesses à l'adolescence ne manquent pas. Les besoins en matière d'éducation à la sexualité et de prévention de la grossesse à l'adolescence sont importants, de même que l'importance de clarifier la place que l'éducation à la sexualité doit prendre à l'école et de définir des orientations claires en ce sens.

Sur le plan de la contraception, le problème le plus important en est un d'accessibilité. Malgré quelques barrières identifiées, une volonté est présente pour implanter le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale. Des besoins de formation sont exprimés tant pour les infirmières (contraception hormonale) que pour les pharmaciens (contraception hormonale et COU). Il est proposé qu'un comité de suivi de ce dossier soit mis en place pour rendre cette stratégie disponible dès l'automne 2009.

Quant à l'IVG, le service de référence fonctionne bien. Le problème de soutien des clientèles pour le transport et l'hébergement aux sites de référence peut parfois poser problème. Cependant, outre une mise à jour des documents de référence et des mécanismes permettant de supporter les clientèles lors de référence, ce service est assumé sans difficulté majeure.

Afin de faciliter la mise en œuvre d'Orientations régionales en planification des naissances et de faciliter la communication entre les intervenants et les gestionnaires et entre les intervenants entre eux, une réflexion est amorcée pour constituer un noyau de personnes intéressées qui développeraient des mécanismes efficaces dans ce domaine.

3.2.2 CSSS de Manicouagan

Aucune statistique n'est disponible dans le territoire de Manicouagan concernant la sexualité des jeunes et des adultes et la contraception. Les statistiques sur l'IVG ne sont pas colligées sur la population du territoire, mais elles le sont sur la clientèle de la clinique d'IVG du CSSS.

L'éducation à la sexualité est donnée par des infirmières jeunesse et d'autres professionnels, ainsi que par des intervenants du milieu scolaire. De nombreuses activités principalement liées à la santé sexuelle, mais aussi sur le développement de la sexualité, sont données à la fin du primaire et à presque tous les niveaux du secondaire. L'intégration de l'éducation à la sexualité dans l'approche *École en santé* semble se faire sans heurts, l'éducation à la sexualité étant considérée comme prioritaire dans ce territoire. La collaboration entre le milieu de l'éducation et celui de la santé semble être harmonieuse. On note la présence de cliniques jeunesses dans la majorité des écoles secondaires. L'équipe jeunesse est petite mais solide. La réalité d'une population hétérogène de jeunes dont certains sont très précoces sexuellement, la survenue d'une grappe de grossesses à l'adolescence à l'automne 2008 et l'absence de suivi des clientèles une fois le secondaire terminé sous-tend le besoin de consolidation de cette équipe qui s'occupe tant de l'éducation à la sexualité que des services cliniques à la jeunesse. La réalisation d'enquêtes sur les habitudes de vie des jeunes et sur leur vécu sexuel et des mécanismes de concertation sont perçus comme pouvant améliorer la dispensation des services.

Sur le plan de la contraception, le problème le plus important en est un d'accessibilité. Une volonté des intervenants présents de s'impliquer et leur désir de mobiliser les Autochtones est manifestée pour implanter le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale. Le comité de suivi de ce dossier est mis en place pour rendre cette stratégie ainsi que des corridors de services disponibles dès l'automne 2009. La problématique de l'accessibilité à certains produits contraceptifs considérés comme médicaments d'exception pour les Autochtones ainsi que quelques pratiques marginales de certains médecins réduisant l'accès à la contraception font surface.

Quant à l'IVG, à part certains délais liés à l'obtention de résultats de dépistage et réduisant l'accès au service des femmes dont la durée de gestation excède dix semaines lors de la demande d'IVG, le service d'IVG ne pose pas de problème. Un besoin est exprimé concernant la disponibilité du protoxyde d'azote pour la sédation des patientes, car les analgésiques utilisés actuellement ne sont pas ceux reconnus les plus efficaces. Ce service est assumé sans difficulté majeure.

3.2.3 CSSS de Port-Cartier

Des statistiques existent concernant les jeunes de Port-Cartier, mais les intervenants ne les connaissent pas. Aucune statistique n'est disponible concernant la sexualité et la contraception des adultes. Des statistiques sur l'IVG ne sont pas non plus disponibles sur la population du territoire.

L'éducation à la sexualité est donnée par des infirmières jeunesse et quelques intervenants du milieu scolaire. De nombreuses activités principalement liées à la santé sexuelle, mais aussi en lien avec le développement de la sexualité, sont données au début et à la fin du primaire ainsi qu'à presque tous les niveaux du secondaire. Le CSSS de Port-Cartier est un des rares de la région à offrir une formation sur la prévention des abus sexuels aux jeunes élèves du primaire. L'approche *École en santé* n'est pas implantée dans toutes les écoles de Port-Cartier et l'on ne sait pas comment se fera l'intégration de l'éducation à la sexualité; on souhaite cependant qu'elle se fasse. La collaboration entre le milieu de l'éducation et celui

de la santé pourrait être plus harmonieuse; la pénurie et le roulement des enseignants ne rendent pas facile cette collaboration. On note la cessation des services de clinique jeunesse à l'école secondaire en raison du manque d'effectif médical. La survenue de plusieurs grossesses à l'adolescence depuis quelques années s'avère très préoccupante pour l'équipe du CSSS et des demandes sont faites pour recevoir de l'aide afin d'en faire la prévention.

Sur le plan de la contraception, le problème le plus important en est un d'accessibilité pour les clientèles orphelines, celles qui n'ont pas de médecin de famille. Le CSSS est prêt à faire les démarches pour adopter le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale et pour former ses infirmières, tout en réfléchissant au suivi des clientèles.

Quant à l'IVG, la proximité de Port-Cartier et de Sept-Îles fait en sorte que la clientèle se présente à la clinique de planification des naissances de Sept-Îles sans nécessairement consulter le CSSS de Port-Cartier. Outre des besoins exprimés concernant une mise à jour du bottin de références en IVG et une meilleure organisation pour soutenir les patientes avant la référence, ce service est assumé sans difficulté majeure.

3.2.4 CSSS de Sept-Îles

Des statistiques récentes sont disponibles concernant les jeunes de Sept-Îles et de Port-Cartier au sujet de la sexualité et un peu la contraception. Les statistiques sur l'IVG ne sont pas faites sur la population du territoire, mais sur la clientèle de la clinique d'IVG du CSSS.

L'éducation à la sexualité est donnée par des infirmières jeunesse et des intervenants du milieu scolaire. Quelques activités principalement liées à la santé sexuelle, mais aussi sur le développement de la sexualité, sont données à la fin du primaire et à presque tous les niveaux du secondaire. L'intégration de l'éducation à la sexualité et l'approche *École en santé* semblent se faire dans une école, l'éducation à la sexualité y étant considérée comme prioritaire. L'implantation de l'approche *École en santé* se fait très lentement et l'on exprime l'importance de développer un arrimage harmonieux entre le milieu de l'éducation et celui de la santé en ce qui a trait à l'éducation à la sexualité. On note la présence d'un service de clinique jeunesse aux 15 jours et la disponibilité de mécanisme de transfert rapide pour les jeunes qui ont besoin de service, tant à la clinique de planification des naissances qu'au GMF. Plusieurs jeunes montrent des signes de vulnérabilité, certains étant très précoces sexuellement, d'autres vivent des abus ou des expériences sexuellement peu adaptées à leur âge. La grossesse à l'adolescence est une problématique visible tant par les poursuites que par le grand nombre d'IVG, en particulier chez les jeunes autochtones. Le besoin de formation des intervenants des milieux scolaires et de la santé ainsi que de concertation en matière d'éducation à la sexualité est hautement verbalisé.

Sur le plan de la contraception, le problème le plus important en est un d'accessibilité pour les jeunes adultes. Le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale est implanté et semble rendre service. Il pourrait même être étendu à d'autres infirmières. La problématique de l'accessibilité à certains produits contraceptifs considérés comme médicaments d'exception pour les Autochtones ainsi que quelques considérations pratiques dans l'application de l'OC de CH sont discutées.

Quant à l'IVG, le service d'IVG fonctionne bien. Outre un besoin exprimé concernant la consolidation de ce service lors d'absence des intervenantes, ce service est assumé sans difficulté majeure.

3.2.5 CSSS de l'Hématite

Aucune statistique n'est disponible dans le territoire de Fermont concernant la sexualité des jeunes et des adultes et la contraception. Des statistiques sur l'IVG ne sont pas disponibles dans ce territoire.

L'éducation à la sexualité est donnée par la seule infirmière jeunesse du CSSS, à raison de deux à trois rencontres à la fin du primaire et d'une collaboration avec un enseignant en 2e secondaire et d'une autre professionnelle en 3e secondaire. Comme la clientèle adolescente est considérée comme « tranquille », l'éducation à la sexualité n'est pas considérée comme une priorité. Par contre, on comprend mal l'arrimage entre le secteur de l'éducation et celui de la santé sur le plan de l'éducation à la sexualité et l'implantation de l'approche *École en santé* est embryonnaire. On décrit des résistances au niveau scolaire en ce qui a trait à cette nouvelle approche. Au regard de l'ouverture récente de nouvelles mines et de l'arrivée de travailleurs masculins, des besoins sont exprimés quant à l'obtention d'interventions éducatives ou d'activités d'apprentissage pour les jeunes de 4e et 5e secondaire relativement à la prostitution, les gangs de rue et la sollicitation par les adultes.

Sur le plan de la contraception, celle-ci est offerte par les médecins. On ne note aucun délai. L'infirmière n'offre pas de plage de consultation clinique aux jeunes pour la contraception régulière, mais distribue beaucoup de condoms et la COU. Il existe un projet d'ouvrir une demi-journée de clinique jeunesse à l'école. Une mise à jour en contraception est demandée par l'équipe en place et les médecins. En raison de la grande disponibilité des médecins, le modèle d'OC de CH n'est pas vraiment souhaité. Par contre, les intervenants favorables à cette approche souhaitent qu'elle s'implante prochainement.

Sur le plan de l'IVG, les intervenants ne sont au courant que d'un très faible nombre de demandes annuelles à ce sujet. Quelques petits problèmes de complémentarité existent entre ce CSSS et ceux qui offrent le service d'IVG. Un besoin de formation est exprimé de même qu'une amélioration de la complémentarité.

3.2.6 CSSS de Minganie

Aucune statistique n'est disponible dans le territoire de la Minganie concernant la sexualité des jeunes et des adultes et leur contraception. Les statistiques sur l'IVG sont également inexistantes, mais l'on sait que des cas sont référés par les médecins.

L'éducation à la sexualité est donnée de façon inégale sur le territoire de la Minganie. Des activités d'éducation à la sexualité au primaire et au secondaire sont faites tant dans le secteur Est (Natashquan, Aguanish) qu'au Havre St-Pierre. Elles sont soutenues par le personnel infirmier et par l'organisme communautaire Action Sida Côte-Nord de Sept-Îles. Malgré la présence de collaboration entre le secteur de la santé et le secteur scolaire, ainsi qu'une table locale MSSS-MELS fonctionnelle, la pénurie de personnel infirmier et des

résistances locales de la part des parents (dans l'Ouest) fragilisent la dispensation de l'éducation à la sexualité en Minganie. Depuis l'abolition du Programme de formation personnelle et sociale, on constate une réduction des services dans ce domaine et l'approche *École en santé* ne remédie pas à ce manque. L'éducation à la sexualité n'est pas considérée comme une priorité, malgré une sexualité précoce chez certaines clientèles (secteur Ouest et population innue) et des cas de grossesses non planifiées qui ne seraient pas si rares. On déplore également le fait que les activités d'éducation à la sexualité ne soient que d'ordre biomédical. Un besoin d'uniformisation des approches est exprimé et des lignes de conduite claires de la part de l'Agence sont demandées en matière d'éducation à la sexualité.

Sur le plan de la contraception, on ne note pas de problème important. Outre un délai d'attente un peu plus long dans l'Ouest, l'accessibilité aux méthodes contraceptives est relativement facile dans tous les points de service. L'abolition de la clinique jeunesse, il y a 2-3 ans, à l'école secondaire est un recul en matière de services à la jeunesse du Havre St-Pierre. Une volonté claire est exprimée de mettre en place le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale. Le pharmacien responsable est en pleine écriture de cette ordonnance qui sera déposée au comité de pharmacologie du CSSS sous peu. La problématique de l'accessibilité à certains produits contraceptifs considérés comme médicaments d'exception pour les Autochtones n'est pas soulevée.

Quant à l'IVG, les intervenants semblent assez peu documentés sur cette problématique. Le nombre de cas connus est probablement plus grand qu'il n'en a l'air et on exprime plusieurs besoins relativement à la formation au regard de cette problématique, soit sur les procédures, les services existants, les modes de référence et le counselling.

3.2.7 CSSS de la Basse-Côte-Nord

Aucune statistique n'est disponible dans le territoire de la Basse-Côte-Nord concernant la sexualité des jeunes et des adultes, la contraception et l'IVG.

Malgré l'existence d'un panier de services, l'éducation à la sexualité est donnée de façon très inégale sur le territoire de la Basse-Côte-Nord. Les activités d'éducation à la sexualité semblent être plus faciles à réaliser dans le secteur anglophone et dans le secteur est du territoire. On note une difficulté de collaboration et de communication entre le secteur de l'éducation et celui de la santé, en particulier à Blanc-Sablon et dans le secteur ouest, malgré la présence d'une table MSSS-MELS et le dépôt du panier de services à la commission scolaire. La réalité vécue par le secteur de la santé de la Basse-Côte-Nord est de ne pas connaître quelles sont les activités d'éducation à la sexualité faites par les professeurs – s'il s'en fait – et de ne pas recevoir de demandes de collaboration pour en faire. Cette situation prévaut depuis environ 3-4 ans, soit depuis l'abolition du Programme de formation personnelle et sociale et l'implantation de l'approche *École en santé*. Par ailleurs, les activités qui sont réalisées sont principalement d'ordre biomédical et les intervenants soulèvent la pénurie de matériel et d'outils nouveaux et adaptés aux clientèles qui pourraient les aider à développer des activités. L'absence de locaux dédiés au personnel de la santé dans les milieux scolaires constitue également un frein à toute tentative d'éducation à la

sexualité au niveau individuel et, par extension, à la dispensation de soins spécifiques aux adolescents.

Sur le plan de la contraception, on ne note pas de problème important. L'accessibilité aux méthodes contraceptives est relativement facile dans tous les points de service, malgré quelques délais. Une volonté claire est exprimée de mettre en place le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale. L'infirmier responsable s'apprête à déposer cette ordonnance au comité de pharmacologie du CSSS en février 2010. La problématique de l'accessibilité à certains produits contraceptifs considérés comme médicaments d'exception pour les Autochtones n'est pas soulevée. On note l'accessibilité de la stérilisation tubaire avec la méthode *Essure*. La possibilité de formation en contraception hormonale en ligne est accueillie positivement.

Quant à l'IVG, les intervenants semblent assez peu documentés sur cette problématique. Le nombre de cas connus est très restreint et on exprime plusieurs besoins relativement à la formation au regard de cette problématique, soit sur les procédures, les services existants, les modes de référence et le counselling.

Les comptes rendus complets des rencontres dans chaque territoire de CSSS sont produits à partir de l'annexe 3.

3.3 LES CONSTATS SUR LES TROIS THÈMES ABORDÉS

Tel que décrit dans la méthodologie, les trois thèmes qui étaient abordés étaient les suivants :

- l'éducation à la sexualité humaine;
- la contraception;
- l'interruption volontaire de grossesse.

Chacun de ces thèmes a fait l'objet de discussions dans toutes les équipes, mais c'est surtout celui de l'éducation à la sexualité qui a soulevé le plus de réactions. Cette sous-section permet de faire ressortir des constats généraux. La description détaillée de chacun de ces thèmes est fournie par région aux annexes 3 à 9 et dans des tableaux récapitulatifs des annexes 10 à 12.

3.3.1 Éducation à la sexualité (annexe 3)

Aucune statistique récente n'est disponible sur la sexualité des jeunes de la Côte-Nord, à part les données disponibles dans l'enquête faite en 2003 auprès de jeunes de Sept-Îles et de Port-Cartier.

Problèmes liés à la clientèle

À l'exception du territoire du CSSS de l'Hématite où la population adolescente ne présente pas de difficultés notables selon les intervenants, les autres territoires semblent reconnaître que les jeunes peuvent être précoces sur le plan de leurs activités sexuelles. Certains seraient victimes de situations d'abus sexuels et autres, pas toujours reconnus ou parfois

même banalisés. Plusieurs jeunes se caractérisent par leurs comportements d'hypersexualisation, de sexualité débridée et de comportements à risques multiples. Les grossesses à l'adolescence et les ITSS sont présentes, en particulier dans les milieux autochtones et dans les territoires de Port-Cartier et de la Haute-Côte-Nord.

La difficulté à rejoindre la clientèle est verbalisée dans quelques territoires : soit que la clientèle jeunesse est volatile, car les parents emmènent les jeunes dans leurs activités de chasse et pêche, soit que la clientèle jeunesse s'isole dans des lieux difficiles à atteindre pour les intervenants (sous-sols de maison, maisons privées). Au niveau des difficultés pour rejoindre la clientèle, on peut aussi faire mention des classes multi-niveaux dans lesquelles étudient des enfants qui sont à des niveaux de développement psychosexuel différents, rendant difficiles les interventions en éducation à la sexualité.

Une certaine résistance sociale et chez les parents à l'égard de l'éducation à la sexualité est mentionnée dans plusieurs territoires, en particulier en Minganie et en Basse-Côte-Nord.

Problèmes liés à la dispensation des services

À l'exception du territoire du CSSS de Manicouagan, l'éducation à la sexualité n'est pas considérée comme une priorité. Quoiqu'il se fasse plus d'activités au secondaire qu'au primaire, on peut affirmer que l'éducation à la sexualité sur la Côte-Nord est donnée de façon parcellaire, non continue, non harmonisée et dépend principalement de la bonne volonté et de la motivation des professionnels de la santé. Pour la majorité des intervenants de la Côte-Nord, on ne saisit pas la place de l'éducation à la sexualité dans le renouveau pédagogique. On ne comprend pas non plus l'interface entre l'éducation à la sexualité dans le Programme de formation de l'école québécoise et l'approche *École en santé*, cette dernière étant perçue comme pouvant être contre-productive à l'égard de la dispensation d'activités sur la sexualité lorsque le milieu scolaire ne considère pas ce sujet comme une priorité. L'arrimage entre les secteurs scolaires et de la santé en ce qui a trait à l'éducation à la sexualité est déficient et ces difficultés sont déplorées par la majorité des intervenants de la santé de cette région. Sauf quelques exceptions (Manicouagan, Port-Cartier), les activités d'éducation à la sexualité sont encore majoritairement de nature biomédicale, soit orientées essentiellement sur la prévention de la grossesse et des ITSS.

Les problèmes d'effectifs, de roulement et de remplacement de personnel rendent difficile la dispensation des services en matière d'éducation à la sexualité sur la Côte-Nord.

Forces

Toutes les équipes, sans exception, font en général preuve de dynamisme et d'ouverture pour améliorer la dispensation de l'éducation à la sexualité sur la Côte-Nord et pour collaborer avec le milieu scolaire. Les intervenants se sentent reconnus dans leurs compétences et sont capables de réseautage dans plusieurs milieux, au moins au sein du secteur de la santé. L'existence d'un panier de services en éducation à la sexualité dans le territoire de la Basse-Côte-Nord est un point de départ intéressant.

Besoins

Un besoin fondamental exprimé par les intervenants est l'importance que l'Agence et le secteur de l'éducation se positionnent face à l'éducation à la sexualité sur la Côte-Nord et la reconnaissent comme une priorité pour les jeunes. Une fois cette prise de position arrêtée, un besoin de concertation entre les secteurs de la santé et de l'éducation sur l'éducation à la sexualité est exprimé par les intervenants de la santé de tous les territoires. On souhaite que cette concertation qui existe souvent au niveau des instances supérieures (Comité MSSS-MELS) descende de façon efficace aux directions d'établissements scolaires et de santé et, le plus rapidement possible, aux professionnels de la santé et des enseignants sur le terrain.

Avant de réaliser cette concertation, tant les décideurs que les professionnels sur le terrain ont besoin que soit clarifiée la place de l'éducation à la sexualité dans le contexte du renouveau pédagogique. On ne comprend pas que l'éducation à la sexualité dans le Programme de formation de l'école québécoise - lequel relève des Domaines généraux de formation, en particulier, le domaine de la santé et du bien-être, auquel s'arriment des compétences spécifiques - soit distinct de l'approche *École en santé* qui relève d'une entente MSSS-MELS. La cohabitation des deux n'est pas intégrée par la majorité des intervenants, certains d'entre eux en venant à craindre l'implantation d'*École en santé* et la disparition totale de l'éducation à la sexualité sur le territoire.

À titre d'exemple, quoiqu'un panier de services en éducation à la sexualité existe sur le territoire de la Basse-Côte-Nord, celui-ci n'est pas utilisé par une majorité de milieux scolaires de ce territoire. Dans presque tous les territoires, on exprime qu'on est en manque de balises et d'orientations claires en matière d'éducation à la sexualité et l'on souhaite que celles-ci soient émises par l'Agence. De la formation, des outils adaptés, des documents d'éducation à la sexualité sont demandés dans toute la région, et ce, dans un esprit d'harmonisation des pratiques. De l'aide est aussi demandée pour faire face aux pressions sociétales négatives et à l'opposition de certains parents à l'égard de l'éducation à la sexualité. Enfin, en Basse-Côte-Nord, une demande spécifique est faite de développer un espace concret, dans chaque établissement, pour accueillir les services de santé au niveau scolaire.

3.3.2 Contraception (annexe 4)

Aucune statistique récente n'est disponible sur l'utilisation des méthodes contraceptives sur la Côte-Nord, à part les données disponibles dans l'enquête faite en 2003 auprès de jeunes de Sept-Îles et de Port-Cartier.

Problèmes liés à la clientèle

Deux problèmes importants ont trait à la clientèle relativement à la problématique de la contraception. Le premier se réfère au problème d'observance à la contraception. Une méconnaissance des méthodes de contraception est reconnue chez de nombreuses clientes de même que des résistances à certaines méthodes de contraception, en particulier en période post-partum. On note également des risques de grossesses non planifiées plus élevés chez la clientèle autochtone et chez les femmes aux prises avec des problèmes de toxicomanie.

Le deuxième problème le plus important porte sur les difficultés de certaines clientèles à accéder aux services. En effet, les jeunes adultes constituent souvent les rangs des clientèles orphelines, donc n'ayant pas accès à des médecins pour obtenir des ordonnances de contraceptifs. De plus, la clientèle jeunesse serait assez mal informée des mécanismes d'accès aux services qui peuvent leur offrir de la contraception.

Problèmes liés à la dispensation des services

Le problème majeur lié à la dispensation des services de contraception en est un d'accessibilité. Tout d'abord, on note une réduction des services cliniques à la jeunesse : trois CSSS sur sept offrent le service de clinique jeunesse, quelques demi-journées par semaine; ailleurs, ces services ont disparu ou n'ont jamais existé. Ceci oblige les jeunes à manquer des périodes de cours pour consulter une infirmière ou un médecin au CSSS ou au GMF, ou décourage tout simplement leurs tentatives de consultations. Par ailleurs, pour la clientèle adulte, l'accessibilité aux services est très liée aux effectifs médicaux. Lorsque les effectifs médicaux sont réduits, les clientèles orphelines de jeunes adultes augmentent, réduisant ainsi l'accès de celles-ci à des services de contraception. Les jeunes adultes doivent parfois aller à l'urgence pour obtenir des ordonnances de contraceptifs ou peuvent attendre de six mois à un an pour obtenir un rendez-vous pour contraception. L'obtention de la pose d'un stérilet prend au minimum deux mois dans tous les territoires de CSSS de la Côte-Nord.

Quoique les équipes de CSSS de la Côte-Nord soient plutôt favorables à l'implantation du modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale, cette stratégie soulève plusieurs inquiétudes. Certains appréhendent des ralentissements administratifs dans son adoption. D'autres craignent que cela ne fasse que reporter le problème d'accessibilité à six mois plus tard, car le mécanisme d'ordonnance collective ne permet la dispensation de contraception hormonale que pour six mois. Enfin, plusieurs suspectent que des pharmaciens puissent bloquer la dispensation de contraceptifs dans les cas de re-initiation (liée à l'absence de disponibilité médicale).

D'autres problèmes isolés font également surface :

- difficulté d'accès de la COU dans certaines pharmacies, soit parce que les pharmaciens refusent de la prescrire, soit que l'attente en pharmacie soit trop longue;
- difficulté d'accès à certains contraceptifs (timbre et anneau contraceptifs) pour les populations autochtones (problème avec Santé Canada);
- coût trop élevé de certains contraceptifs, en particulier le stérilet Miréna®;
- barrières médicales à certains contraceptifs : inquiétude face au Depo-Provera®, refus de renouvellement d'ordonnance en l'absence de cytologie récente, counselling contraceptif en post-partum réduisant l'utilisation de méthodes contraceptives efficaces, *Quick Start* peu connu des médecins, frais demandés par certains médecins pour les renouvellements d'ordonnance.

Forces

Au niveau des forces de la Côte-Nord en matière de contraception, il faut noter l'exceptionnelle motivation des professionnels à implanter le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale. D'ailleurs, le CSSS de Sept-Îles fut l'un des pionniers en la matière. Les intervenants, dans tous les CSSS, font preuve de beaucoup de bonne volonté à améliorer les services dans leurs territoires et font souvent partie d'équipes dynamiques dont le professionnalisme et la capacité de réseautage sont reconnus. La présence de quelques cliniques jeunesses, de deux cliniques de planification des naissances ainsi que d'initiatives permettant le dépannage contraceptif, les consultations médicales par téléphone ou les dépistages faits par les infirmières constituent des assises favorables sur lesquelles consolider l'accès aux services contraceptifs.

Besoins

Les besoins exprimés sont divers :

- former les infirmières et les pharmaciens en contraception hormonale et favoriser les mises à jour pour tous les professionnels de la santé;
- implanter l'OC de CH dans tous les territoires de CSSS et étendre l'OC de CH à d'autres infirmières que celles déjà formées;
- améliorer les couloirs de services pour le suivi des ordonnances individuelles ou collectives en contraception hormonale, particulièrement pour les clientèles d'écoles secondaires et cégeps : pour ce faire, développer les services à la jeunesse, augmenter le réseautage avec les pharmaciens communautaires et favoriser la communication entre les intervenants et les gestionnaires;
- développer une ordonnance collective permettant aux infirmières de faire des cytologies cervicales;
- améliorer l'information auprès des jeunes sur l'accessibilité des services cliniques;
- développer un auto-questionnaire sur la contraception pour les clientes afin de réduire le temps de consultation avec l'infirmière;
- établir une exigence de suivre la formation en contraception hormonale en ligne pour travailler dans les territoires de CSSS de la Côte-Nord.

3.3.3 Interruption volontaire de grossesse (annexe 5)

Problèmes liés à la clientèle

La clientèle qui a besoin d'IVG est peu connue du personnel des CSSS de la Côte-Nord, sauf des intervenants qui offrent directement le service d'IVG ainsi que le CSSS de la Haute-Côte-Nord qui a développé des corridors de services efficaces avec la clinique de planification des naissances de Jonquière et celle de Baie-Comeau.

Problèmes liés à la dispensation des services

Les problèmes liés à la dispensation des services varient selon que le CSSS offre le service d'IVG ou non. Pour les CSSS qui offrent les services d'IVG, les problèmes sont liés à des difficultés structurelles de ces cliniques de planification des naissances : à Baie-Comeau, par exemple, le lieu même où sont faites les IVG (clinique GARE) ainsi que la disponibilité des

résultats de laboratoire (au moins une semaine de délai) limitent l'accessibilité à l'IVG. À Sept-Îles, l'équipe est d'une stabilité précaire, aucun remplacement n'étant prévu en cas de congé des professionnelles qui y travaillent.

Dans les CSSS qui n'offrent pas le service d'IVG, on note surtout une méconnaissance des mécanismes de référence et de la problématique de l'IVG. Des problèmes de complémentarité avec les services existants sont également notés et font en sorte que cela alourdit les procédures de référence.

Tant à la clinique de planification des naissances de Sept-Îles qu'à celle de St-Anthony, des limites sont imposées pour les femmes qui consultent pour des avortements répétés.

Le problème de confidentialité en lien avec l'IVG est noté dans une majorité de territoires. Il est inhérent aux caractéristiques de ces territoires isolés dans lesquels tout le monde se connaît.

Forces

Parmi les forces, notons une volonté et une ouverture de toutes les équipes des territoires de CSSS de la Côte-Nord à l'égard de l'IVG. L'existence de deux cliniques de planification des naissances, à Baie-Comeau et à Sept-Îles, permet d'offrir un service d'IVG pour la clientèle de la Côte-Nord de façon relativement autonome (rétention régionale d'environ 65 %)[10].

Besoins

Le besoin le plus important qui a été exprimé en est un de formation : formation sur les procédures d'IVG, sur les mécanismes de référence, sur l'information à donner aux clientes, sur l'accompagnement psychosocial, sur le counselling en cas d'ambivalence. Pour ce qui est des mécanismes de référence, un bottin de références avec documents de référence appropriés est demandé.

Le deuxième besoin le plus important est de faciliter la logistique avec les sites de référence. Certes, le bottin de références est un moyen pouvant faciliter la logistique des références; mais il n'empêche pas la mise en place d'ententes entre les CSSS et les cliniques de planification des naissances, afin de réduire le nombre de déplacements de la clientèle.

Les autres besoins exprimés ont trait à une consolidation des équipes affectées à la problématique de l'IVG, à un questionnement sur la localisation de la clinique de planification des naissances de Baie-Comeau ailleurs que dans la clinique GARE, à l'assistance financière pour certaines clientes et leurs accompagnants et à la nécessité d'une réflexion sur les techniques d'IVG pour les grossesses de moins de huit semaines et sur les IVG répétées.

4 DISCUSSION

Les informations présentées dans ce document permettent de faire le point sur la planification des naissances dans la région de la Côte-Nord. En résumé, sur le plan statistique, de 1996 à 2008, on observe une réduction du nombre absolu de naissances et d'IVG à l'adolescence sur la Côte-Nord. Par contre, le taux de grossesse à l'adolescence ne s'est que légèrement réduit durant cette période et reste encore nettement supérieur au taux provincial, surtout en raison d'un taux de fécondité élevé. Chez les femmes de la Côte-Nord en général, le taux de fécondité est en croissance depuis les sept à huit dernières années, comme dans le reste de la province, et le taux d'IVG est stable, légèrement en deçà de celui du Québec.

L'évaluation de besoins auprès des intervenants de la santé de la Côte-Nord permet de faire ressortir plusieurs faits saillants, notamment une dispensation parcellaire, non continue et non harmonisée de l'éducation à la sexualité dans les écoles nord-côtières, une réduction des services cliniques à la jeunesse, des difficultés d'accessibilité à la contraception et un manque d'information de certains intervenants sur la problématique et le processus de l'IVG.

Des pistes de réflexion émergent en réponse à ces constats ou inspirées par eux. Dans le texte qui suit, elles sont présentées selon les trois thèmes utilisés pour l'évaluation de besoins.

4.1 AU REGARD DE L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ

Tout d'abord, quoique sujette à de nombreuses objections de la part de plusieurs groupes sociaux, rappelons que l'éducation à la sexualité existe dans les écoles de nombreux pays du monde[18,19]. Les évidences scientifiques internationales sont très solides pour soutenir que l'éducation à la sexualité au niveau scolaire peut réduire les comportements sexuels à risque, sans pour autant augmenter l'activité sexuelle des jeunes ou réduire leur âge à la première relation sexuelle[18,19].

Au regard de l'éducation à la sexualité dans les écoles de la Côte-Nord, la situation actuelle n'est probablement pas pire qu'elle ne l'était du temps de la formation personnelle et sociale (FPS). À l'époque du cours de FPS (1989 à 2005), même s'il y avait une obligation de donner de l'éducation à la sexualité dans les écoles du Québec, beaucoup de ratés existaient. Le volet spécifique portant sur l'éducation à la sexualité n'était que de quelques heures par année, parfois données sur 2-3 niveaux scolaires du secondaire seulement; l'orientation de ce volet était majoritairement de nature biomédicale et, parfois, les enseignants l'escamotaient carrément, soutenant que la formation personnelle et sociale ne cadraient pas avec leur spécialité ou qu'ils se sentaient mal à l'aise d'aborder ce sujet avec les jeunes. Le rapport de l'étude lavalloise[20] menée en 1998 auprès de 19 écoles secondaires constatait d'ailleurs que les thèmes d'éducation à la sexualité n'étaient pas tous abordés de façon systématique et adéquate, malgré la prescription d'une éducation à la sexualité de nature globale.

L'évaluation de besoins présentée dans ce document montre que les intervenants de la santé sont inquiets de la disparition du cours de FPS sur la Côte-Nord. Cette inquiétude est partagée par d'autres intervenants de la province et corroborée dans un récent rapport de recherche[21]. Les intervenants du secteur de la santé se sentent déphasés par rapport à ceux de l'éducation : ils comprennent mal l'articulation entre le Programme de formation de l'école québécoise (PFÉQ)[22] et l'approche *École en santé*[23] au regard de l'éducation à la sexualité. Ils sont peu familiers avec les changements apportés par le renouveau pédagogique et les approches pédagogiques récemment suggérées. Ce questionnement est partagé par de nombreux intervenants d'autres territoires de la province[21].

De nouvelles avenues sont, en effet, suggérées par le MELS et le MSSS pour donner l'éducation à la sexualité au Québec. Tout d'abord, l'éducation à la sexualité n'est plus considérée comme une matière comme telle dans le PFÉQ[22]. L'éducation à la sexualité relève tant des *compétences disciplinaires*, que des *compétences transversales* et des *domaines généraux de formation*. Ainsi, sur le plan des *compétences disciplinaires*, ce sont surtout les programmes de *sciences et technologie*, d'*éducation physique et à la santé* de même que d'*éthique et culture religieuse* qui sont directement ou indirectement interpellés au sujet de la sexualité. Certains thèmes ou savoirs essentiels en lien avec la sexualité y sont, en effet, prescrits ou suggérés par le PFÉQ, au primaire comme au secondaire. Sur le plan des *compétences transversales*, on remarque également que les compétences :

- d'ordre intellectuel telles que *exploiter l'information, résoudre des problèmes, exercer son jugement critique,…*
- d'ordre méthodologique telles que *exploiter les TIC,*…
- d'ordres personnel et social telles que *actualiser son potentiel, coopérer* ou
- d'ordre communicationnel telles que *communiquer de façon appropriée*

peuvent toutes être développées dans le cadre de l'éducation à la sexualité. Enfin, le PFÉQ a inscrit l'éducation à la sexualité dans les *domaines généraux de formation*, plus spécifiquement dans celui de la *santé et du bien-être*. Des liens peuvent aussi être faits avec le domaine des *médias*, celui de *vivre ensemble et citoyenneté* ainsi que celui de l'*environnement et consommation*. Le PFÉQ recommande une éducation à la sexualité dès les premières années scolaires jusqu'à la fin du curriculum scolaire.

Par ailleurs, l'entente de complémentarité des services convenue en 2003 entre le réseau de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux a donné lieu au déploiement de l'approche *École en santé*[23]. Le but de l'approche *École en santé* est d'agir efficacement sur des facteurs qui sont communs à la réussite, la santé et le bien-être des jeunes. Ces facteurs sont individuels (estime de soi, compétence sociale, saines habitudes de vie, comportements sains et sécuritaires) et environnementaux (aux niveaux scolaire, familial, communautaire et des services préventifs). Aussi, ils sont souvent à l'origine de plusieurs situations préoccupantes observées en milieu scolaire (sexualité précoce ou non sécuritaire, violence, troubles alimentaires, décrochage scolaire, etc.). L'approche *École en santé* propose de travailler sur ces facteurs, en amont des problématiques, et ce, sans négliger les aspects spécifiques liés à chacune. La collaboration entre les réseaux de la santé et de l'éducation qui caractérise l'approche est une voie privilégiée pour planifier et mettre en œuvre des interventions de prévention et de promotion en contexte scolaire. Pour soutenir

les milieux, les ministères (MSSS-MELS) ont confié à l'INSPQ le développement de différents outils comme les fiches thématiques[24]. Celles-ci traduisent les recommandations d'experts relativement à plusieurs problématiques préoccupantes. Il en existe une pour le volet Sexualité saine et responsable qui propose des pistes de réflexion permettant de mettre en perspective les pratiques actuelles, de s'interroger sur certaines croyances et façons de faire et d'envisager des ajustements possibles. Les éléments de cette fiche s'inspire du PFÉQ et d'autres consensus établis par des experts dans le domaine de l'éducation à la sexualité.

Un arrimage est donc appelé à se faire entre le PFÉQ et l'approche *École en santé*, visant tant l'acquisition de compétences de base qu'une éducation à la sexualité spécifique dès les premières années scolaires, à travers une planification commune des interventions à offrir aux jeunes par les réseaux de l'éducation et de la santé. À titre d'exemple, sur la Côte-Nord, certains intervenants de CSSS, soutenus par leurs gestionnaires, élaborent conjointement avec des enseignants et des conseillers pédagogiques des activités éducatives au regard de la contraception et la prévention des ITSS. Ces activités s'inscrivent dans les compétences disciplinaires du cours de Sciences et technologie du PFÉQ et répondent également aux thèmes à développer dans le cadre de l'approche *École en santé*.

Certains enjeux soulevés par Otis *et al.*[21] et visant cette intégration pourraient faire l'objet de discussions locales et régionales sur la Côte-Nord. À titre d'information, citons les principaux enjeux[21] auxquels cette région pourra ou devra faire face :

- *Le contenu du programme* : ce contenu est l'ensemble des savoirs, mais aussi des savoir être, savoir-faire ou savoir agir et savoir vivre ensemble, en matière d'éducation à la sexualité. Les thèmes de contenu les plus importants développés par le système de l'éducation se distinguent de ceux qui comptent le plus pour le système de santé. Un recadrage dans une perspective plus large, celle d'une sexualité globale positive, est appelé à se faire afin de rendre les jeunes compétents dans cette sphère multidimensionnelle de l'existence humaine[21].
- *La pédagogie* : les stratégies pédagogiques ainsi que le matériel didactique utilisé pour l'éducation à la sexualité seront influencés par le renouveau pédagogique. Des formules innovatrices, utilisées dans d'autres contextes (*ESPAR* ou *Mon bien-être sexuel*)[25] sont, à ce titre, des avenues intéressantes à considérer.
- *La continuité* : les moments d'intervention en éducation à la sexualité dans les écoles ainsi que sa continuité à travers toute la durée de la scolarisation de l'élève posent un défi substantiel aux écoles, à savoir loger ce temps au sein de celui qui est déjà occupé et réglementé pour l'enseignement en d'autres domaines. Un exercice de priorisation des thèmes par niveau scolaire est un exercice incontournable afin de respecter les spécificités socioculturelles du milieu et les besoins particuliers des élèves[21].
- *Les ressources humaines* : ce défi fait référence tant aux caractéristiques personnelles des intervenants qu'à leur domaine d'expertise. Non seulement les intervenants impliqués dans l'éducation à la sexualité doivent posséder les connaissances et les compétences requises, mais leur domaine d'expertise doit leur permettre de ne pas biaiser l'information transmise ou, à tout le moins, fournir une information complémentaire à celle d'autres

intervenants. La contribution de sexologues peut être d'un grand soutien dans le développement et la formation des ressources humaines en éducation à la sexualité.

- *L'autonomie* : une école, un projet éducatif. Il revient à chaque école de choisir l'éducation à la sexualité comme une priorité en la consignant sous différentes formes dans son projet éducatif ou son plan de réussite[21].
- *Le partenariat* : le partenariat entre le réseau de la santé et celui de l'éducation est au cœur de l'approche *École en santé*. La mise en place de cette approche, concomitamment à l'intégration de l'éducation à la sexualité telle que suggérée dans le PFÉQ, devrait favoriser la collaboration des intervenants des deux secteurs, à tous les niveaux.
- *La communication* : afin de favoriser le partenariat et la mise en œuvre de ces nouvelles activités éducatives, il s'avère essentielle que les intervenants du secteur de la santé et ceux de l'éducation aient une meilleure connaissance des documents de base (PFÉQ et approche *École en santé*) qui traitent de l'éducation à la sexualité. La transmission d'information sur les activités des deux secteurs a le potentiel de favoriser une éducation à la sexualité plus efficace et d'éviter les interventions en parallèle.
- *Le soutien financier* : la mise en œuvre sur le terrain d'une éducation à la sexualité de qualité exige un soutien financier continu de la part des administrations locales. Ce soutien vise principalement à permettre la tenue d'activités de formation pour les intervenants et à leur procurer le matériel didactique nécessaire.

Les enjeux en matière d'éducation à la sexualité auxquels la Côte-Nord doit faire face sont donc multiples. Ils requièrent des discussions à plusieurs paliers décisionnels et appellent à l'engagement formel de plusieurs organisations et intervenants comme ce qui fut observé dans d'autres régions du monde. Citons à cet égard l'exemple des Pays-Bas, dans lesquels la mise en place d'une éducation à la sexualité à tous les niveaux scolaires depuis la fin des années 60 en a fait un leader en la matière. Alliée à une grande accessibilité des méthodes contraceptives et des services de planification des naissances, l'éducation à la sexualité a permis de faire de ce pays l'endroit du monde où les grossesses non planifiées, quelque soit l'âge, sont à leur niveau le plus bas[18,19,26-28].

4.2 AU REGARD DE LA CONTRACEPTION

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le fait d'avoir des relations sexuelles non protégées est l'un des facteurs de risque le plus important pour la santé[29,30]. La planification des naissances réduit la mortalité maternelle et infantile et prévient les avortements non sécuritaires; elle contribue également à l'*empowerment* des femmes, à la scolarisation des collectivités, à la réduction de la pauvreté et à la préservation à long terme de l'environnement[29,31].

L'augmentation de l'utilisation de la contraception dans une population est directement associée à la réduction du nombre des naissances[32]. Par ailleurs, lorsque les méthodes contraceptives deviennent accessibles concomitamment aux services d'IVG, on observe, dans un premier temps, une augmentation de l'utilisation tant de la contraception que de l'IVG. Quand l'utilisation de la contraception est suffisamment répandue dans la population,

le nombre d'IVG se stabilise et commence à diminuer[32]. Les statistiques québécoises sur l'IVG semblent aller dans ce sens[10]. Sur la Côte-Nord, les statistiques n'indiquent pas encore de réduction soutenue du taux d'IVG chez les femmes de 15-44 ans, ni du taux de grossesses à l'adolescence.

L'accès à la contraception est un élément-clé de l'utilisation de la contraception par une population[33]. L'accès à la contraception est défini comme le degré auquel les efforts et les coûts nécessaires pour obtenir des services de contraception sont acceptables à la majorité de la population[35]. L'accès à la contraception est un des éléments fondamentaux de la qualité des services en planification des naissances[35]. Tel que montré dans l'évaluation de besoins des intervenants de la santé de la Côte-Nord, l'accessibilité aux services pour les adolescents et jeunes adultes et l'accès aux méthodes contraceptives pour la population en général constituent des problèmes importants.

Plusieurs initiatives dans le monde ont permis d'augmenter l'accès aux méthodes contraceptives et consécutivement l'utilisation de celles-ci. Les stratégies de « task shifting » ou « task sharing », favorisant le transfert d'expertise d'un professionnel à un autre, sont devenues parmi les solutions les plus innovatrices pour pallier aux difficultés d'accessibilité des services. Ainsi, déjà en 1972, des sages-femmes auxiliaires thaïlandaises, plutôt que des médecins, initiaient la contraception orale aux femmes[36]. En 1996-1997, le projet *First Stop* en Californie permettait aux femmes d'obtenir un contraceptif oral ou injectable en consultant une infirmière, sans avoir d'examen médical; cette étude démontrait que cette stratégie permettait à la clientèle d'adopter des méthodes contraceptives plus efficaces que celles qu'elles utilisaient habituellement[37]. Dans les années 90, le projet *Smart Start* à Philadelphie offrait deux options de services à des adolescentes : soit qu'elles obtiennent un contraceptif oral d'une infirmière et puissent retarder l'examen médical habituellement requis, jusqu'à six mois après le début de la contraception, soit qu'elles aient recours aux soins médicaux usuels[38]. L'évaluation a montré que l'option « *service avec l'infirmière* » n'avait pas d'effet nocif sur la santé des jeunes filles et que ces dernières avaient moins de grossesses non planifiées durant les six mois qui suivaient que les jeunes filles qui avaient opté pour les soins usuels[38]. D'autres initiatives plus récentes ont permis d'augmenter l'accès aux méthodes contraceptives à longue action (injection contraceptive, stérilet) par le biais d'infirmières, de sages-femmes, d'aides soignantes, avec pour résultats une grande satisfaction, tant de la clientèle que des intervenants, et une augmentation de l'utilisation des méthodes contraceptives[39-41].

À l'instar de ces projets visant à augmenter l'accès à la contraception[36-41] et en réponse à un problème généralisé d'accès aux services médicaux, le Québec s'est doté d'un mécanisme permettant aux médecins de chaque établissement de santé d'adopter le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale (OC de CH)[5,42] qui autorise les infirmières, en collaboration avec les pharmaciens, à initier la contraception hormonale. Par ce mécanisme, les infirmières peuvent évaluer l'état de santé d'une femme et l'assister dans son choix d'une méthode contraceptive hormonale (contraceptifs oraux combinés, timbre contraceptif, anneau vaginal, contraceptif oral ou injection à progestatif seul) qu'elle obtiendra par la suite chez le pharmacien de son choix pour une période de six mois. Cette nouvelle pratique nécessite l'approbation des médecins, l'engagement des infirmières, la

collaboration des pharmaciens et un certain dynamisme des établissements et autres milieux cliniques du réseau de la santé québécois.

L'implantation de cette stratégie, débutée à l'automne 2007, s'est étendue progressivement à presque toutes les régions du Québec. Sur la Côte-Nord, seul le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Sept-Îles avait implanté cette stratégie – en 2008 – avant l'évaluation de besoins présentée dans ce document. La consultation réalisée sur la Côte-Nord a permis de constater que les intervenants des professions visées, soit les infirmières, les médecins et les pharmaciens, étaient ouverts à l'implantation de cette nouvelle stratégie. Conséquemment, plusieurs formations en contraception hormonale ont été données aux infirmières, médecins et pharmaciens des CSSS de la Côte-Nord afin de faciliter la mise en application de l'OC de CH. Au moment de l'écriture de ce rapport, cinq OC de CH sont adoptées et deux autres sont en préparation. Une analyse des cinq OC de CH adoptées est produite à l'annexe 6. Au-delà de cette analyse, il serait opportun de vérifier auprès des communautés autochtones si les infirmières de dispensaires peuvent être incluses dans la liste des infirmières visées par les OC de CH, selon la proximité de la communauté avec le CSSS visé (exemple : infirmières de Pessamit et du CSSS de Manicouagan).

Outre l'accessibilité aux méthodes contraceptives, d'autres facteurs sous-tendent l'utilisation de la contraception, comme la capacité de choix des méthodes contraceptives. Tel que montré dans une récente enquête canadienne sur la contraception[43], le condom et les contraceptifs oraux sont encore les méthodes contraceptives les plus utilisées par les femmes canadiennes de 15 à 50 ans sexuellement actives, soit par 54,3 % et 43,7 % respectivement. En troisième place, vient le coït interrompu dont le taux d'efficacité est nettement plus faible, et qui est utilisé par 11,6 % des femmes canadiennes[43]. Les méthodes contraceptives à plus longue action, telles que le timbre, l'anneau, l'injection contraceptive ou le stérilet au cuivre ou au levonorgestrel ne sont utilisées que par 1,2 %, 0,6 %, 2,4 %, 2,3 % et 2,0 % respectivement[43]. Quelques données de cette étude appliquées au Québec montrent que le stérilet au lévonorgestrel y est un peu plus utilisé (6-7 %), probablement en lien avec son remboursement par l'assurance médicament de la province. Aucune autre donnée québécoise ou sur la Côte-Nord n'est actuellement disponible sur l'utilisation des méthodes contraceptives.

Le choix des méthodes contraceptives varie selon l'âge[43-46]. Les méthodes telles que les contraceptifs oraux, le condom et autres méthodes contraceptives réversibles sont davantage le fait des femmes de moins de 35 ans[43,44,46]. Les méthodes contraceptives non réversibles comme la ligature tubaire ou la vasectomie sont plus souvent choisies par les femmes de plus de 35 ans[43-46]. Par ailleurs, contrairement à la pensée populaire, deux études populationnelles récentes, canadienne[43] et américaine[44], montrent que le fait d'avoir plus de 35 ou 40 ans est l'un des facteurs de risque de non-utilisation de la contraception chez les femmes sexuellement actives[43,44]. Les jeunes femmes auraient tendance à être de plus grandes utilisatrices de contraception et l'utiliseraient de façon plus consistante. Parmi les autres facteurs expliquant la non-utilisation contraceptive, citons un faible niveau d'éducation[43,44], le fait d'être sans emploi[43], l'appartenance à certains sous-groupes raciaux[44,45], le fait d'avoir des relations sexuelles peu fréquentes[44], de ne pas avoir de partenaire sexuel régulier[44], d'être insatisfaite de sa méthode contraceptive habituelle[44] ou de ne pas avoir accès à des services cliniques[44].

Le choix des méthodes contraceptives dépend aussi de l'interaction entre l'intervenant et la cliente. La possibilité pour une femme de choisir librement sa méthode contraceptive est un élément fondamental de la qualité des services en planification des naissances[35]. Afin de donner un choix contraceptif véritable aux femmes, il importe d'offrir les diverses options contraceptives disponibles. Cette offre doit se baser sur les besoins des femmes et tenir compte de leur âge, du nombre d'enfants qu'elles ont déjà, du moment où elles désirent un premier ou un autre enfant, de leur tolérance aux méthodes qu'elles ont déjà utilisées, du type de relation de couple dans laquelle elles vivent, etc.[35,47-49]. Une revue de la littérature scientifique sur la qualité des services en planification des naissances montre que la qualité de l'échange entre l'intervenant et la cliente et l'emphase mise sur le choix de la cliente affectent positivement le taux de continuation des méthodes contraceptives[50]. Ainsi, lorsque les femmes obtiennent la méthode contraceptive de leur choix, elles ont un taux de continuation de leur méthode contraceptive à un an nettement plus élevé que celles à qui on a imposé une méthode contraceptive[50].

Parmi les options contraceptives proposées, il est de plus en plus suggéré par les experts en planification des naissances de ne pas oublier de présenter les méthodes contraceptives dont l'action est plus longue que celle des contraceptifs oraux[51-55]. Quand on parle d'action plus longue, on réfère au fait que ces méthodes n'ont pas besoin d'être prises quotidiennement. Ainsi, le timbre contraceptif s'utilise à raison d'un timbre (collé sur la peau) par semaine, pendant trois semaines consécutives, suivie d'une semaine sans timbre. L'anneau contraceptif s'insère dans le vagin une fois, pour une période de trois semaines, suivie d'une semaine sans anneau. L'injection contraceptive est donnée par voie intramusculaire à tous les trois mois. Le stérilet est mis en place pour une durée de cinq ans. Quant à la ligature tubaire ou la vasectomie, ces méthodes sont définitives. Par ailleurs, ces méthodes ont l'avantage d'avoir des « *jours de grâce* » qui font en sorte qu'un oubli pourrait pardonner davantage. Ainsi, pour le timbre, celui-ci peut être porté deux jours de plus; pour l'anneau et l'injection, on peut compter près de deux semaines de grâce; et pour le stérilet, le temps de grâce peut se compter en quelques mois.

Ces méthodes dites à moyenne action, telles que le timbre, l'anneau ou l'injection contraceptive, ou longue action, telles que le stérilet au cuivre, le stérilet au levonorgestrel, la ligature tubaire ou la vasectomie (et possiblement, dans quelques années, l'implant contraceptif) permettent d'éviter la prise quotidienne d'un contraceptif et de pallier aux difficultés d'observance. Les méthodes à longue action constituent ce que certains appellent les « méthodes contraceptives qu'on oublie » (*forgettable contraception*)[54]. En effet, ces « méthodes contraceptives qu'on oublie » (en particulier le stérilet ou l'injection contraceptive) sont liées à une motivation de première intention puisqu'une fois insérées ou installées, elles sont efficaces pour plusieurs mois ou années et ne requièrent pas de motivation répétée, quotidienne, pour les utiliser[53]. Ces méthodes sont associées à des taux d'efficacité nettement plus élevés que les méthodes quotidiennes[51-55] et démontrent un rapport coût-efficacité global inférieur à celui des contraceptifs oraux, malgré un coût de départ plus élevé[51,56,57].

Tel que vu précédemment dans la récente enquête canadienne sur la contraception[43], les méthodes à moyenne et longue actions sont, sauf exception (ligature tubaire ou vasectomie utilisées par 13,4 % des Canadiennes, majoritairement par les femmes de plus de 30 ans),

très peu utilisées. Cette constatation est aussi faite par d'autres groupes dans d'autres pays[51,53]. Une enquête canadienne antérieure sur la contraception[58], à l'instar d'autres études récentes[59,60], montrait que peu de femmes connaissaient ces méthodes. Ainsi, alors que 96 % et 93 % des Canadiennes connaissaient, respectivement, la pilule et le condom, c'était seulement 50 %, 38 % et 15 % des femmes qui connaissaient le stérilet, l'injection contraceptive et le timbre contraceptif, respectivement. Un projet américain visant à augmenter les connaissances des femmes et à réduire les barrières financières aux méthodes contraceptives à longue action a montré que, lorsqu'on lisait aux femmes un feuillet d'information sur ces méthodes et qu'on les leur procurait gratuitement, 67 % s'en prévalaient[52].

Sur la Côte-Nord, la méconnaissance des méthodes contraceptives, de même que des résistances chez certaines clientèles, ainsi que les problèmes d'observance contraceptive sont des enjeux importants. La sensibilisation des femmes aux méthodes à moyenne et longue actions pourrait s'avérer une stratégie intéressante pour augmenter la prévalence contraceptive dans cette région. Considérant également l'incidence élevée des ITSS dans cette région (ce qui ne faisait pas l'objet de ce rapport), il pourrait s'avérer essentiel de promouvoir la double protection, i.e. l'utilisation concomitante d'une méthode contraceptive à moyenne ou longue action et l'utilisation du condom.

Certains problèmes d'accès à certaines méthodes contraceptives (timbre, anneau contraceptifs) ont aussi été notés chez les populations autochtones. Ces problèmes sont liés aux spécificités du programme d'accès aux médicaments de Santé Canada pour les Premières Nations et appellent à des représentations des groupes visés auprès du gouvernement fédéral.

4.3 AU REGARD DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Les statistiques d'IVG sur la Côte-Nord ne présentent pas de caractéristiques particulières par rapport à celles du Québec sinon qu'elles sont légèrement plus faibles. Leur réduction toute récente chez les adolescentes est une tendance à observer. Par ailleurs, l'évaluation de besoins perçus par les intervenants de la santé de la Côte-Nord montre que les principaux constats au regard de l'IVG ont trait au manque de connaissances des intervenants concernant les procédures et mécanismes de référence. Au moment de l'écriture de ce rapport, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a organisé une formation sur l'IVG pour les intervenants des CSSS et autres organisations associées. Cette formation élaborée avec le soutien de l'INSPQ a été donnée en octobre 2010 et en janvier 2011. Par ailleurs, afin de faciliter les mécanismes de références des femmes demandant une IVG, l'Agence a élaboré un bottin de ressources en IVG. Ce bottin décrit les corridors de services à utiliser selon le stade de gestation de la cliente et indique les conditions de référence, de même qu'il procure les formulaires de collecte de données de chaque lieu de référence.

L'évaluation de besoins rapporte également une limitation de l'accès aux services d'IVG pour certaines femmes présentant une IVG répétée. L'IVG répétée constitue une problématique délicate. Elle est parfois perçue par certains comme l'utilisation de l'IVG à titre de méthode contraceptive. Pour d'autres, il s'agit d'une problématique qui ne survient que chez des

femmes instables et irresponsables. Enfin, l'IVG répétée peut même amener certaines intervenantes à questionner la qualité du counselling qu'elles ont pu offrir lors d'IVG antérieures. À titre informatif, des chercheurs ont estimé que si une femme était sexuellement active de façon régulière, qu'elle n'utilisait pas de contraception et qu'elle ne voulait pas d'enfant, elle aurait besoin d'obtenir plus de 30 IVG durant sa vie reproductive[61].

La proportion d'IVG répétée varie selon les situations. Aux États-Unis, cette proportion a augmenté dramatiquement dans les cinq ans suivant sa légalisation, passant de 15 % en 1974 à 32 % en 1979[62]. Par la suite, cette augmentation s'est ralentie et la proportion d'IVG répétée est passée de 32 % en 1979 à 47 % en 1993. Elle est restée stable depuis[62]. Au Canada, la proportion d'IVG répétée est passée de 9 % à 29 %, de 1975 à 1993[63]. En 1993, seulement 2 % des IVG étaient obtenues par des femmes qui avaient eu trois IVG antérieures ou plus, suggérant ainsi que l'IVG n'était pas utilisée comme une méthode contraceptive[63]. Au Québec, les statistiques ne sont pas disponibles à ce sujet. Cependant, une étude faite dans une clinique d'IVG de la province rapportait un pourcentage d'IVG répétée de 24,8 % sur une période de 20 mois, durant les années 1988 à 1990[64]. De ce pourcentage, 80 % étaient des deuxièmes IVG[64]. Dans une clinique ontarienne, en 1998-1999, la proportion d'IVG répétée de deuxième ordre était de 23,1 % et d'un ordre supérieur de 8,7 %, pour un total de 31,8 % d'IVG répétée[65]. La proportion d'IVG répétée varie par région, dans le monde et dans les pays, et elle est d'autant plus élevée que le taux d'IVG global y est élevé; l'accessibilité et l'utilisation accrues des services d'IVG, reflétées par les hauts taux d'IVG, augmentent le bassin de femmes susceptibles d'obtenir une deuxième, une troisième ou plus IVG[62,63].

Pour caractériser les femmes obtenant une IVG répétée, on peut, d'une part, les comparer à celles qui obtiennent une première IVG (études transversales) ou, d'autre part, rechercher les facteurs de risque d'obtenir une IVG subséquente chez des femmes obtenant une première IVG (études de cohorte). Dans les études transversales, on rapporte que les femmes obtenant une IVG répétée sont plus âgées que celles qui obtiennent une première IVG[62,65]. Elles sont plus susceptibles d'avoir déjà été mariées ou de cohabiter[62,63], d'avoir eu des enfants[62] et d'en avoir eu plus que les femmes obtenant une première IVG[62]. Les femmes obtenant une IVG répétée sont plus souvent de race noire, moins éduquées et dépendantes de l'aide sociale[62]. Une étude ontarienne[65] rapporte que, comparativement aux femmes qui obtiennent une première IVG, celles qui ont une IVG répétée ont plus de risque de présenter une histoire d'abus physique de la part d'un partenaire masculin, une histoire d'abus sexuel ou de violence, une histoire d'ITSS et d'être née en dehors du Canada. Sur le plan contraceptif, l'étude ontarienne[65] rapporte que les femmes obtenant une IVG répétée ont plus de risque d'avoir utilisé les contraceptifs oraux au moment de la conception que les femmes qui consultent pour une première IVG. Par ailleurs, une revue de littérature sur l'IVG répétée démontre que les femmes qui consultent pour une IVG répétée utilisent autant les méthodes contraceptives que celles qui obtiennent une première IVG[62].

Selon les études de cohorte citées dans une revue de littérature[62], les trois-quarts des IVG répétées surviendraient dans les cinq ans suivant la première IVG et quatre sur dix surviendraient dans les deux ans. Une étude finlandaise a suivi une cohorte de 40 360 femmes, entre 2000 et 2005, selon qu'elles obtenaient une IVG initiale, médicale ou chirurgicale. Après un suivi respectif de 3 et 4,3 ans, la proportion d'IVG répétée était de

4,04 % pour l'IVG médicale et 3,79 % pour l'IVG chirurgicale, une différence non statistiquement significative[66]. Dans cette étude[66], la probabilité d'avoir une IVG répétée était significativement augmentée si la femme avait déjà eu des enfants (parité ≥ 1), si elle avait un faible statut socio-économique, si elle vivait en cohabitation ou était célibataire, si elle était jeune et si elle vivait en région urbaine. Deux autres études confirment certains de ces résultats : l'une associe la parité et la pauvreté à la probabilité d'obtenir une IVG répétée[67], l'autre retient le jeune âge et le tabagisme comme des facteurs de risque associés à l'IVG répétée[68].

En 1990, une étudiante à la maîtrise en sociologie à l'Université Laval a fait sa thèse sur l'avortement répété[69]. Dans le cadre de son étude qualitative, elle a réalisé des entrevues semi-dirigées de 1,5 à 2 heures auprès de dix femmes ayant recours à l'IVG répétée. Sept d'entre elles consultaient pour une deuxième IVG et trois pour une troisième IVG. Elles avaient respectivement un âge moyen de 25,5 ans et 26,6 ans. Cinq répondantes étaient aux études ou à l'emploi, cinq étaient au chômage ou sans emploi. Les principaux résultats de cette thèse de maîtrise sont les suivants :

- il n'existe pas de profil sociodémographique spécifique à ces femmes;
- elles utilisaient toutes une méthode de contraception, en majorité le condom, et des méthodes dites naturelles (après abandon des contraceptifs oraux);
- leurs raisons expliquant l'échec contraceptif étaient : une inconsistance de leur pratique liée à l'absence d'un partenaire stable, une perturbation dans leur vie personnelle, une erreur dans l'utilisation du contraceptif;
- pour toutes, l'IVG constituait un acte grave qu'elles ne désiraient pas répéter à l'infini. Elles s'en rendaient pleinement responsables, occultant ainsi la contribution du partenaire.

La stratégie logique pour réduire les IVG répétées est, certes, de réduire le recours aux premiers IVG, et ce, en augmentant l'utilisation des méthodes contraceptives. Mais au-delà de cette prévention primaire, les stratégies pour réduire les IVG répétées sont peu nombreuses ou inconnues à ce jour[62]. Des études récentes ont montré qu'un counselling plus intensif ne parvenait pas à réduire ce phénomène[62]. Quelques études[66,68] commencent à montrer que les femmes qui utilisent des méthodes contraceptives à longue action, en particulier le stérilet après une première IVG, sont moins susceptibles d'obtenir une IVG subséquente. Une étude de cohorte américaine avec un suivi de trois ans[70] a montré que l'insertion d'un stérilet immédiatement après une IVG réduisait de 63 % le risque d'IVG subséquent comparativement à des femmes utilisant d'autres méthodes de contraception après l'IVG. D'autres approches et recherches pour mieux comprendre ce phénomène sont nécessaires.

CONCLUSION

La planification des naissances est au cœur du développement des communautés. Elle réfère à la capacité des femmes et des hommes de décider librement du nombre d'enfants qu'ils et elles veulent mettre au monde et du moment propice de leur venue. Au cours des quarante dernières années, plusieurs données locales et régionales ont montré que la précocité sexuelle, les comportements sexuels à risque, les grossesses à l'adolescence, en particulier en contexte de pauvreté, les interruptions volontaires de grossesse répétées et les infections transmissibles sexuellement constituaient des problèmes de plus en plus présents sur la Côte-Nord. Les statistiques récentes sur la planification des naissances confirment plusieurs de ces faits. L'évaluation de besoins perçus par les intervenants de la santé de la Côte-Nord en matière de planification des naissances montre également qu'il reste encore beaucoup à faire pour stabiliser cette situation et, éventuellement, en réduire les effets. Par contre, l'émergence d'initiatives intéressantes et la volonté de nombreux intervenants de s'impliquer dans des stratégies novatrices laissent présager l'émergence d'un renouveau sur le plan de la planification des naissances sur la Côte-Nord.

À cet effet, cet état de situation vise à ce que l'Agence de la Côte-Nord puisse avoir les outils nécessaires pour maintenir les actions déjà entreprises en planification des naissances sur la Côte-Nord et pour en stimuler de nouvelles. Parmi les actions nouvelles à entreprendre, mentionnons la constitution d'une solide alliance entre les secteurs de la santé et de l'éducation pour mettre en œuvre des activités d'éducation à la sexualité au niveau scolaire, l'implantation de stratégies visant l'augmentation de l'accessibilité à la contraception, la mise en œuvre de formation continue sur l'IVG et la contraception, etc. Cet état de situation n'est qu'une étape dans le développement d'orientations régionales en planification des naissances adaptées à la population et aux intervenants de cette région. De telles orientations seront ultérieurement contenues dans un document précis intitulé *Orientations régionales en planification des naissances de la Côte-Nord.* Ce dernier guidera et soutiendra les intervenants dans leurs initiatives et les aidera à poursuivre un but commun, celui de permettre à la population de la Côte-Nord d'avoir les enfants désirés aux moments désirés.

BIBLIOGRAPHIE

1) Direction générale des programmes, Service de la condition féminine et direction générale de la planification et de l'évaluation. 1995. *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances.* Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux. 32 pages.

2) Banville L. La grossesse chez les adolescentes de la Côte-Nord : État de la situation et perspective de prévention du phénomène, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2001.

3) Pouliot M. *Bilan de la mise en œuvre des plans d'action en matière de planification des naissances*. Rapport de stage présenté à l'ÉNAP en vue de l'obtention de la maîtrise en administration publique Option B. École nationale d'administration publique. Octobre 2001. 108 pages.

4) http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/grossesseadolescence.php#ressources consulté le 27 mai 2009.

5) Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2006.

6) Institut national de santé publique du Québec. Portail informationnel de l'Infocentre de santé publique du Québec. Plan commun de surveillance. https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/portail/sante/pulic/infocentre/accueil/?lang=fr consulté le 6 octobre 2010.

7) Tanguay L, Hurtubise Y. *Portrait des jeunes de Sept-Îles et Port-Cartier. Rapport final*. École de service social, Université Laval, Juin 2007; 175 p.

8) http://www.grandquebec.com/regions-du-quebec/cote-nord/ consulté le 11 février 2010.

9) http://www.mcccf.gouv.qc.ca/index.php?id=2005 consulté le 11 février 2010.

10) http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons_regnl/regional/ra_total.htm consulté le 11 février 2010.

11) Statistiques fournies par Madeleine Rochon, Direction des études et des analyses, Direction générale de la planification stratégique, évaluation et qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux, 23-03-2010, 27-05-2010.

12) McKay A, Barrett M. *Trends in teen pregnancy rates 1996-2006: A comparison of Canada, Sweden, U.S.A., and England/Wales.* The Canadian Journal of Human Sexuality 2010;19(1-2):43-52.

13) Pineault R, Daveluy C. *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal, Québec, Editions Nouvelles. 1995.

14) Cases C, Baubeau D. *Peut-on quantifier les besoins de santé?*, DREES. 2003.

15) Deschamps J, Merckx V, Senault R. *"Services de santé et détermination des besoins de santé."* La revue du praticien 1982;32(33): 2245-50.

16) Estellat C, Lebrun L. *Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé. Sous-direction de l'organisation du système de soins*. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de la santé et de la protection sociale, France, Mai 2004. Consulté sur Internet en août 2008 : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ebs_sros/synthese/synthese_ebs.pdf.

17) World Health Organization, United Nations International Drug Control Programme, European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction. *Needs Assessment*. Chap. 3 in Evaluation of Psychoactive substance Use Disorder Treatment. WHO, 2000.

18) Sexuality Education in Europe – A reference guide to policies and practice. The SAFE project. IPPF European Network. 2006. 94 p.

19) Kirby DB, Laris BA, Rolleri LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. J Adolesc Health 2007;Mar;40(3);206-17.

20) Direction de santé publique. *Formation personnelle et sociale. Évaluation du degré de mise en œuvre du volet Éducation à la sexualité du programme FPS dans les écoles secondaires lavalloises. Rapport d'étude*. Laval : Régie régionale de la santé et des services sociaux. 1998.

21) Otis J, Gaudreau L, Duquet F, Michaud F, Nonn E. *Une recherche sur l'éducation à la sexualité en milieu scolaire au Québec et la coordination en ce domaine entre les réseaux de l'éducation et de la santé.* Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé*.* Version préliminaire 12 mars 2010.

22) Ministère de l'Éducation du Québec. Programme de formation de l'école québécoise – Éducation préscolaire, enseignement primaire, enseignement secondaire. Gouvernement du Québec. 2006. http://www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/dp/programme_de_formation/primaire/pdf/prform2001nb/prform2001nb.pdf consulté le 7 juillet 2010.

23) MEQ/MSSS. *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre les réseaux de la santé et des services sociaux.* Lancement de l'entente de complémentarité des services. Québec : Gouvernement du Québec. 2003.

24) Palluy J, Arcand L, Choinière C, Martin C, Roberge M-C. Réussite éducative, santé, bien-être : agir efficacement en contexte scolaire – Synthèse des recommandations. Institut national de santé publique du Québec, 2010. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1065_ReussiteEducativeSanteBienEtre.pdf consulté le 7 juillet 2010.

25) Roberge MC, Choinière C. Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire québécois : cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche *École en Santé*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec. 2009.

26) Adolescent Sexual Health in Europe and the U.S. – Why the Difference? Advocates For Youth. 2009. http://www.advocatesforyouth.org/index.php?option=com_content&task=view&id=419&Itemid=177 consulté le 7 juillet 2010.

27) Facts on Induced Abortion Worldwide. Alan Guttmacher Institute. October 2009. http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html consulté le 7 juillet 2010.

28) Jones RK, Zolna MRS, Henshaw SK, Finer LB. Abortion in the United States: Incidence and Access to Services, 2005. Perspect Sex Reprod Health 2008;40(1). http://www.guttmacher.org/pubs/journals/4000608.html consulté le 7 juillet 2010.

29) World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research (RHR). Partner brief. Geneva Switzerland. 2009.

30) Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk factors. World Health Organization. Geneva Switzerland. 2004.

31) Allen RH. The Role of Family Planning in Poverty Reduction. Obstet Gynecol 2007;110:999-1002.

32) Marston C, Cleland J. Relationships Between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence. Int Fam Plann Perspect 2003;29(1):6-13.

33) Welsh MJ, Stanback J, Shelton J. Access to modern contraception. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2006;20(31):1-16.

34) Bertrand J, Hardee K, Magnani R, Angle M. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. Int Fam Plann Perpect 1995;21:64-69 &74.

35) Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. Stud Fam Plann 1990;21-61-91.

36) Rosenfield AG, Limcharoen C. Auxiliary midwife prescription of oral contraceptives. An experimental project in Thaïland. Am J Obstet Gynecol 1972;114:942-49.

37) Harper C, Balistreri E, Boggess J, Leon K, Darney P. Provision of hormonal contraceptives without a mandatory pelvic examination: The First Stop demonstration project. Fam Plann Perspect, 2001;33(1):13-8.

38) Amstrong KA, Stover MA. Smart Start: An option for adolescents to delay the pelvic examination and blood work in family planning clinics. J Adolesc Health 1994;15(5):389-95.

39) World Health Organization – USAID – Family Health International. Community-Based Health Workers Can Safely and Effectively Administer Injectable Contraceptives. Conclusions from a Technical Consultation. FHI Research Triangle Park, NC, USA 2009.

40) World Health Organization. Community-based providers in rural Guatemala can provide the injectable contraceptive DMPA safely. Social science Policy brief. Geneva, Switzerland 2009.

41) USAID. Increasing Women's Use of the IUD for Family Planning. Frontiers in Reproductive Health. Program Briefs No.9. April 2008.

42) Questions-réponses sur le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale. 1-24. 2007. Montréal, Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Collège des médecins du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut national de santé publique du Québec.

43) Black A, Yang Q, Wen SW, Lalonde AB, Guilbert E, Fisher W. Contraceptive Use Among Canadian Women of Reproductive Age: Results of a National Survey. J Obstet Gynaecol Can 2009;31(7):627-40.

44) Frost JJ, Singh S, Finer LB. Factors Associated with Contraceptive Use and Nonuse, United States, 2004. Perspect Sex Reprod Health 2007;39(2):90-9.

45) Huber LR, Huber KR. Contraceptive Choices of Women 35-44 Years of Age: Findings From the Behavioral Risk Factor Surveillance System. Ann Epidemiol 2009;19(11):823-33.

46) Gray E, McDonald P. Using a reproductive life course approach to understand contraceptive use in Australia. J Biosoc Sci 2010;42(1):43-57.

47) Winter L, Breckenmaker LC. Tailoring family planning services to the special needs of adolescents. Fam Plann Perspect 1991;23(1):24-30.

48) International Planned Parenthood Federation. IMAP statement on contraceptive counselling. IPPF Med Bull 1994;28:1-4.

49) Paine K, Thorogood M, Wellings K. The impact of the quality of family planning services on safe and effective contraceptive use: a systematic literature review. Hum Fertil (Camb) 2000;3(3):186-93.

50) Pariani S, Heer DM, Van Arsdol MD. Does Choice Make a Difference to Contraceptive Use? Evidence from East Java. Studies in Family Planning 1991;22:384-90.

51) Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting contraception. Hum Reprod Update 2010. Sous presse.

52) Secura FM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive Choice Project. Reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol 2010;203(2) :115e1-115e7.

53) American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice; Long-Acting reversible Contraception Working Group. ACOG Committee Opinion no. 450: Increasing use of contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. Obstet Gynecol 2009;114(6):1434-8.

54) Grimes DA. Forgettable contraception. Contraception 2009;81(6) : 497-9.

55) Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Contraceptive Choices for Young People. Clinical Effectiveness Unit. Clinical Guidance. Mars 2010;26 p.

56) Lipetz C, Phillips CJ, Fleming CF. The cost-effectiveness of a long-acting reversible contraceptive (Implanon) relative to oral contraception in a community setting. Contraception 2009;79(4):304-9.

57) Trussell J, Lalla AM, Doan QV, Reyes E, Pinto L, Gricar J. Cost-effectiveness of contraceptives in the United States. Contraception 2009;79:5-14.

58) Fisher W, Boroditsky R, Morris B. The 2002 Canadian Contraception Study: Part 1. J Obstet Gynaecol Can 2004;26(6):580-90.

59) Kane R, Irbing G, Brown S, Parkes N, Walling M, Killick S. Long-acting, reversible and permanent methods of contraception: insight into women's choice of method. Qual Prim Care 2009;17(2):107-14.

60) Mansour D, Rosales C, Cox M. Women's awareness of long-acting, reversible contraceptive methods (LARCs) in community family planning clinics and general practice. Eur J Contracept Reprod Health Care 2008;13(4):396-9.

61) Harlap S, Kost K and Forrest JD. Preventing Pregnancy, Protecting Health: A New Look at Birth Control in the United States, New York: The Alan Guttmacher Institute, 1991;38 p.

62) Jones RK, Singh S, Finer LB, Frohwirth LF. Repeat Abortion in the United States. Alan Guttmacher Institute. Occasional Report No. 29. November 2006;65 p.

63) Millar WJ, Wadhera S, Henshaw SK. Repeat Abortions in Canada, 197501993. Fam Plann Perspect 1997;29:20-24.

64) Guilbert E. Caractéristiques de 2829 femmes ayant obtenu un avortement à la clinique de planification des naissances du Centre Hospitalier de l'Université Laval. Rev Can Sant Pub 1993;84(1) :28-30.

65) Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, Dal Bello D, Gunter J. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. CMAJ 2005;172(5) :637-41.

66) Niinimäki M, Pouta A, Boigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, Heikinheimo O. Frequency and Risk factors for Repeat Abortions After Surgical Compared With Medical Termination of Pregnancy. Obstet Gynecol 2009;113(4):845-852.

67) St.John H, Critchley H, Glasier A. Can we identify women at risk of more than one termination of pregnancy? Contraceptio 2005;71:31-34.

68) Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. Contraception 2008;78(2):149-54.

69) Lacourse M-T. Repères socioculturels de l'avortement répété. Université Laval, Groupe de recherche multidisciplinaire féministe. 1992;26 p.

70) Goodman S, Hendlish SK, Reeves MF, Foster-Rosales A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. Contraception 2008;78:143-8.

ANNEXE 1

RECOMMANDATIONS ÉNONCÉES DANS « LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES DE LA CÔTE-NORD : ÉTAT DE SITUATION ET PERSPECTIVE DE PRÉVENTION DU PHÉNOMÈNE. 2001 »

RECOMMANDATIONS ÉNONCÉES DANS « LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES DE LA CÔTE-NORD : ÉTAT DE SITUATION ET PERSPECTIVE DE PRÉVENTION DU PHÉNOMÈNE. 2001 »

RECOMMANDATIONS

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

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

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

2. La prévention des grossesses

2.1 Vérifier auprès des représentants des commissions scolaires et des conseils d'établissement des écoles la possibilité d'assurer la diffusion et la récurrence des cours d'éducation à la sexualité dans chacune des écoles de la Côte-Nord.

2.2 Faire des représentations auprès des conseils d'établissement et des parents sur la réalité des jeunes en matière de sexualité et sur leur droit à la protection contre les MTS et la grossesse à l'adolescence.

2.3 Instaurer un partenariat entre les intervenants sociaux du réseau de la santé et les enseignants relativement à la diffusion du cours d'éducation à la sexualité de manière à optimiser l'expertise de chacun en réponse aux besoins et au vécu des jeunes en ce qui a trait plus particulièrement aux relations amoureuses et aux relations de couple.

2.4 Dans les cours traitant de sexualité, associer l'enseignant et l'intervenant social ou l'infirmière pour la présentation de certains sujets (ex. : la contraception, les services en IVG), en divisant les élèves en deux groupes sous la responsabilité pour l'un, de l'enseignant et pour l'autre, de l'infirmière, en séparant les garçons des filles, s'il y a lieu, afin de faciliter les échanges entre les élèves.

2.5 Mettre l'accent sur la sensibilisation des garçons relativement à leur implication en matière de contraception et de protection contre les MTS.

2.6 Identifier des stratégies et des outils de communication sur les différents moyens de contraception et de protection s'adressant aux jeunes. Par exemple, inscrire dans l'agenda scolaire, distribué à chaque année aux élèves, des informations sur la contraception, l'utilisation du condom, la pilule du lendemain, les dangers des MTS sur la santé et les coordonnées des points de service afin qu'ils aient ces informations sous la main en cas de besoin.

2.7 Mettre à la disposition des jeunes des moyens de protection et de contraception. Par exemple, le comité devrait s'assurer de l'installation de distributrices à condoms dans chaque école secondaire de la Côte-Nord.

2.8 Mettre à contribution l'expertise de groupes communautaires et sociaux pour la présentation d'activités de prévention et d'information auprès des jeunes dans les écoles et dans les maisons de jeunes.

2.9 Accentuer la présence des infirmières dans les écoles afin de répondre aux besoins des adolescentes en matière de contraception, de protection contre les MTS ainsi qu'au support à apporter aux adolescentes enceintes relativement aux issues possibles de la grossesse.

2.10 Mettre à contribution les intervenants psychosociaux dans les cours d'éducation à la sexualité ainsi qu'en intervention individuelle pour ce qui touche différents aspects des relations de couple tels que la communication entre les partenaires, les comportements sexuels et l'affirmation de soi. De l'information devrait également être diffusée sur les risques élevés d'intergénérationalité dans les comportements et dans la façon de résoudre des problèmes tels que décrits dans la présente étude.

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

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

2.12 Rendre accessible et publiciser davantage la contraception d'urgence afin que les jeunes puissent se procurer la pilule du lendemain dans les plus brefs délais suite à une relation sexuelle non protégée.

2.13 Habiliter les infirmières affectées au triage à l'urgence à remettre la pilule du lendemain.

2.14 Développer des outils d'information à l'intention des parents afin de les conscientiser davantage à la réalité des jeunes en matière de sexualité. Par exemple, organiser des « rencontres de cuisine » dont les thèmes portent, entre autres, sur la sexualité des adolescents, sur la façon d'aborder ce sujet avec leurs enfants, sur la contraception, sur les conséquences d'une grossesse à l'adolescence et sur l'impact des MTS sur la santé.

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

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

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

3.2 Offrir un suivi systématique, par les infirmières en milieu scolaire et dans les CLSC, à toutes les jeunes filles dont le test de grossesse est positif afin de les aider et les soutenir le plus tôt possible quant à la décision d'interrompre ou de poursuivre leur grossesse.

3.3 Organiser les services en IVG dans les centres hospitaliers offrant ce service sur la Côte-Nord de manière à éviter que les femmes qui subissent une IVG se présentent au même endroit et au même moment que les femmes enceintes.

3.4 S'assurer que les adolescentes qui ont à subir une IVG sont accompagnées dans cette démarche et qu'elles bénéficient d'un transport lorsqu'elles ont à se déplacer hors de leur communauté pour subir un avortement.

3.5 Inviter les jeunes filles à être accompagnées d'une personne significative lors des rencontres pré-IVG. Cette procédure permettrait d'expliquer aux personnes proches des adolescentes quelles pourraient être les séquelles et les réactions émotives et comment aider les jeunes filles à surmonter un tel événement.

3.6 Effectuer un rappel systématique des jeunes filles et de leur aidant naturel afin de vérifier si elles vivent des difficultés en lien avec leur avortement.

4. Les services pré et postnatals

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

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

4.2 En continuité au suivi prénatal, intégrer les intervenants psychosociaux des CLSC au soutien à apporter aux jeunes mères sur le plan du développement de leurs habiletés parentales afin de les aider à acquérir des compétences sur le plan de l'éducation de leurs enfants puisque ces derniers sont considérés à risque, plus que les autres, de présenter des carences sur le plan cognitif, psychomoteur et psychosocial.

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

4.3 Consacrer davantage de temps aux jeunes mères et à leurs enfants dans une optique de prévention des problématiques comportementales apparaissant aux étapes ultérieures dans le développement cognitif et social des enfants.

4.4 Encourager les jeunes mères à poursuivre ou à reprendre leurs études en leur offrant des conditions favorables (garderie, transport, support monétaire, soutien dans leurs études) à leur intégration en milieu scolaire.

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE

1. ÉVALUATION DE BESOINS EN PLANIFICATION DES NAISSANCES

Pour chacun des items décrits dans le tableau ci-dessous, les questions suivantes seront posées :

- éducation à la sexualité humaine;
- contraception;
- interruption volontaire de grossesse.

ANALYSE DES RESSOURCES EXISTANTES

Colligez-vous des données statistiques en lien avec cet item ?

De quelle manière les services sont-ils rendus dans votre territoire ?

Structure administrative ?

Personnel impliqué ?

Quantité et type de clientèle ?

Type de services rendus ?

Collaborations ?

Mécanisme de référence ?

Mécanisme de suivi ?

Style de gestion ?

Existe-t-il des problèmes relatifs à la manière dont les services sont rendus dans votre territoire ?

Existe-t-il des problèmes potentiels relatifs à la manière dont les services sont rendus dans votre territoire ?

Parmi tous ces problèmes, lesquels sont prioritaires à régler ?

Quelles sont les forces des services de votre territoire ?

Qui exerce une influence sur les services rendus dans votre territoire ?

Si vous avez besoin de régler un problème, comment vous y prenez-vous ? Avec qui communiquez-vous ?

Quelles sont les opportunités possibles quant aux services rendus dans votre territoire ?

Comment décririez-vous la culture de votre territoire en lien avec cet item ?

ÉVALUATION DES RESSOURCES NÉCESSAIRES

Souhaiteriez-vous avoir des données statistiques relativement à cet item ? Quel type de données ?

Qu'est-ce qui vous apparaît nécessaire pour régler les problèmes prioritaires relatifs aux services rendus dans votre territoire ?

- Structure administrative ?
- Ressources matérielles ?
- Ressources humaines ?
- Type de services rendus ?
- Mécanisme de référence ?
- Mécanisme de suivi ?
- Style de gestion ?
- Formation ?

Connaissez-vous des approches prometteuses en lien avec l'amélioration de l'item visé ?

Quels sont les gains prioritaires que vous voulez obtenir avec l'instauration des Orientations régionales en planification des naissances ?

2. IMPLANTATION DU MODÈLE PROVINCIAL D'ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE (OC de CH)

Pensez-vous que cette stratégie peut être utile pour votre région ?

À votre avis, quelle est l'attitude des médecins à l'égard de cette stratégie ?

À votre avis, quelle est l'attitude des infirmières à l'égard de cette stratégie ?

À votre avis, quelle est l'attitude des pharmaciens à l'égard de cette stratégie ?

À votre avis, quelle est la volonté de s'impliquer de chacun de ces professionnels ?

Quelles stratégies souhaiteriez-vous utiliser pour rallier tous les professionnels visés par l'OC de CH ?

À votre avis, quels professionnels devraient prendre la responsabilité des modalités d'implantation de cette stratégie ?

Combien de temps, selon vous, faudra-t-il à chacun des milieux de votre territoire pour implanter cette stratégie (accord, écriture, CMDP, etc.) ?

Quels obstacles prévoyez-vous relativement à l'implantation de l'OC de CH ?

Quels facteurs pourraient faciliter l'implantation de l'OC de CH ?

Comment voudriez-vous que la formation des infirmières soit organisée ?

ANNEXE 3

TABLEAU RÉCAPITULATIF
SUR L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ (ES)

TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ (ES)

TERRITOIRE	PROBLÈMES LIÉS À LA CLIENTÈLE	PROBLÈMES LIÉS À LA DISPENSATION DES SERVICES	FORCES	BESOINS
HAUTE-CÔTE-NORD	▪ Situations d'abus sexuels non reconnues ou banalisées ▪ Sexualité débridée et hyper-sexualisation ▪ Grossesses à l'adolescence ▪ Manque de connaissances et attitudes négatives à l'égard de la sexualité	▪ ES non continue ▪ Approche bio-médicale ▪ Manque d'information sur les nouveaux programmes (Réforme, etc.) ▪ **ES n'est pas une priorité** ▪ Difficulté à voir où s'intègre ES ▪ Manque d'évaluation des actions implantées ▪ Manque de communication entre professionnels	▪ Ouverture de certains milieux scolaires ▪ Présence de cliniques jeunesses ▪ Bonne connaissance du milieu ▪ Crédibilité des professionnels et confiance à leur égard	▪ La Foi ▪ Mieux comprendre les nouveaux programmes et l'approche *École en santé* ▪ Orientations claires et panier de services fait par l'Agence ▪ Redonner de l'importance à la jeunesse ▪ Latitude, stabilité, pérennité ▪ Continuité dans les services aux jeunes
MANICOUAGAN	▪ Pensée magique des jeunes ▪ Pratiques sexuelles débridées ▪ Jeunes peu réceptifs à l'information donnée ▪ Grossesses à l'adolescence ▪ Hétérogénéité des groupes	▪ Manque d'infirmière jeunesse ▪ Difficulté à saisir la place de l'ES dans le cadre de la Réforme et de l'approche *École en santé* ▪ Départ d'une ressource d'Action Sida Côte-Nord	▪ Appropriation de l'ES par les enseignants ▪ **ES est une priorité** pour le CSSS ▪ Présence de cliniques jeunesses ▪ Équipe dynamique	▪ Décloisonner la formation relative à l'ES : la rendre accessible à tous ▪ Faire une enquête sur la sexualité des jeunes ▪ Obtenir des ressources supplémentaires ▪ Consolider les ressources ▪ Augmenter l'accès à l'Internet ▪ Développer un lieu d'échange
PORT-CARTIER	▪ Grossesses à l'adolescence ▪ Décrochage scolaire	▪ Questionnement sur les activités d'ES qui sont faites en classe ▪ Lenteur dans l'implantation d'*École en santé* : **ES sera-t-elle une priorité?** ▪ Difficulté dans le recrutement du personnel de la santé et de l'éducation ▪ Manque d'activités de prévention de la grossesse et des ITSS	▪ Travail d'équipe ▪ OC pour la COU ▪ Bonne connaissance de la clientèle ▪ Bonne communication entre les intervenantes de la santé ▪ Équipe stable ▪ Compétence et curiosité	▪ Mettre en œuvre un programme de prévention de la grossesse à l'adolescence ▪ Implanter l'approche *École en santé* ▪ Former des enseignants à donner ES ▪ Développer complémentarité entre enseignants et professionnels de la santé ▪ ES pour les parents

TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ (ES) (SUITE)

TERRITOIRE	PROBLÈMES LIÉS À LA CLIENTÈLE	PROBLÈMES LIÉS À LA DISPENSATION DES SERVICES	FORCES	BESOINS
SEPT-ÎLES	▪ Vulnérabilité des jeunes en lien avec la sexualité, précocité sexuelle, abus sexuel, hypersexualisation, visionnement de pornographie sur Internet,… ▪ Grossesses et IVG à l'adolescence, surtout chez les innus ▪ ITSS surtout chez les innus ▪ Multi-comportements à risque ▪ Jeunes difficiles à rejoindre (ils sont sur l'Internet!)	▪ Interventions des enseignants en ES maladroites et non adaptées ▪ Manque de clarté, d'arrimage et de concertation dans la collaboration Santé-Éducation ▪ Approche *École en santé* ne permet pas de discuter des vrais problèmes ▪ **ES n'est pas une priorité** pour le secteur de l'éducation	▪ Équipe pleine de maturité ▪ Objectifs communs ▪ Bons liens avec le milieu scolaire ▪ Efficacité des ateliers sur la sexualité au secondaire	▪ Prioriser ES avec ou sans *École en santé* ▪ Mieux connaître la Réforme ▪ Arrimage et concertation entre les secteurs de la santé et de l'éducation ▪ Outils et formation des enseignants et personnel non enseignants quant aux comportements inhabituels des jeunes (abus et négligence) ▪ Rejoindre les jeunes hors du milieu scolaire et les communautés autochtones
MINGANIE	▪ Précocité sexuelle surtout chez les innus ▪ Grossesses à l'adolescence occasionnellement ▪ Résistance des parents dans le secteur Ouest ▪ Classes multi-niveaux	▪ Manque d'uniformité dans la dispensation de l'ES ▪ Approche bio-médicale ▪ Questionnement sur le rôle de l'approche *École en santé* : **ES n'est pas une priorité** ▪ Difficulté de communication et de collaboration avec les dispensaires fédéraux	▪ Équipe dynamique ▪ Bonne collaboration dans le secteur st ▪ Comités MESS-MELS et *École en santé* fonctionnels	▪ Orientations claires et panier de services fait par l'Agence ▪ Uniformité des approches ES ▪ Matériel adapté aux groupes multi-niveaux ▪ Formation des intervenants psycho-sociaux ▪ Aide pour faire face aux résistances des parents

TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ (ES) (SUITE)

TERRITOIRE	PROBLÈMES LIÉS À LA CLIENTÈLE	PROBLÈMES LIÉS À LA DISPENSATION DES SERVICES	FORCES	BESOINS
BASSE-CÔTE-NORD	▪ Communautés présentant plusieurs problèmes (toxicomanie, diabète, ITSS, etc.) ▪ Volatilité de la clientèle ▪ ES est encore taboue	▪ Absence de local à l'école pour rencontrer les élèves et problème de confidentialité ▪ Absence de partenariat avec le secteur scolaire pour ES ▪ Méconnaissance de ce qui se fait en ES à l'école et de ce que le secteur de la santé peut offrir ▪ Manque d'outils pour ES ▪ Roulement rapide du personnel	▪ Existence d'un panier de services en ES pour le primaire et le secondaire ▪ Équipe prête à intervenir en ES ▪ Collaboration des directions d'écoles du côté anglophone	▪ Un local pour le personnel de la santé dans chaque école ▪ Arrimage et concertation avec le secteur scolaire ▪ Matériel et outils nouveaux et adaptés aux divers niveaux scolaires ▪ Synchronisation des activités ES données par le milieu de la santé et le milieu scolaire ▪ Activités de communication pour démystifier l'ES au niveau de la communauté
HÉMATITE	▪ Peu d'adolescents, très peu sont à risque ▪ Sollicitations des jeunes femmes en lien avec arrivée récente de travailleurs miniers	▪ Peu de lien entre les secteurs de la santé et de l'éducation ▪ Résistance du secteur scolaire aux changements ▪ Manque de ressources en ES pour les enseignants ▪ **ES n'est pas une priorité** ▪ Activités éducatives sur l'abus sexuel ou sur l'homosexualité n'existent pas ▪ Parents occasionnellement rejoints	▪ Petit milieu où tout le monde se connaît ▪ Réseautage facile ▪ Reconnaissance des compétences ▪ Pérennité des services	▪ Documentation pour l'ES des garçons ▪ Matériel et formation des enseignants ▪ Activités d'apprentissage spécifiques pour les jeunes de 4e et 5e secondaire sur la prostitution, les gangs de rue et la sollicitation par des adultes ▪ ES pour les parents ▪ ES dans le cadre du suivi post-natal

ANNEXE 4

TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR LA CONTRACEPTION

TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR LA CONTRACEPTION

TERRITOIRE	PROBLÈMES LIÉS À LA CLIENTÈLE	PROBLÈMES LIÉS À LA DISPENSATION DES SERVICES	FORCES	BESOINS
HAUTE-CÔTE-NORD	▪ Difficulté de la population à utiliser les méthodes contraceptives	▪ Réduction des ressources à la jeunesse ▪ Accessibilité très liée aux effectifs médicaux ▪ Projet d'ordonnance collective de contraception hormonale en cours ▪ Délai d'attente de 2-3 mois pour la pose d'un stérilet ▪ Nécessité d'aller à l'urgence pour obtenir une ordonnance de contraceptif ▪ Certains pharmaciens refusent de prescrire la COU ▪ Inquiétude face à l'utilisation du Depo-Provera® ▪ Coût trop élevé du stérilet Mirena® pour certaines clientèles	▪ Présence de cliniques jeunesses ▪ Bonne volonté d'améliorer les services de la part de tous les intervenants ▪ Motivation à l'égard de l'implantation de l'OC de CH	▪ Clinique de cytologie ▪ Clarification sur certaines méthodes contraceptives ▪ Implanter l'OC de CH ▪ Formation des infirmières et des pharmaciens en contraception hormonale et en COU ▪ Augmenter le réseautage avec les pharmaciens communautaires ▪ Augmenter la communication entre les médecins et les gestionnaires du CSSS
MANICOUAGAN	▪ Risque important de grossesses non planifiées chez la clientèle autochtone	▪ Délai d'attente de six mois à un an pour avoir un rendez-vous pour une ordonnance de contraceptif avec un médecin au privé, de 2-3 semaines pour un médecin en planning et d'une semaine à la clinique jeunesse ▪ Crainte que l'OC de CH ne reporte le problème d'accessibilité à six mois plus tard ▪ Certains contraceptifs (timbre et anneau) sont des médicaments d'exception pour les innus ▪ Frais demandés par certains médecins pour les renouvellements d'ordonnance ▪ Refus de renouvellement d'ordonnance en l'absence de cytologie récente ▪ Risque de ralentissement administratif pour adopter OC de CH	▪ Présence d'une clinique jeunesse ▪ Bonne volonté d'améliorer les services de la part de tous les intervenants ▪ Motivation à l'égard de l'implantation de l'OC de CH	▪ Implanter l'OC de CH ▪ S'assurer des couloirs de services pour le suivi des ordonnances ▪ Améliorer la continuité des soins entre le milieu scolaire secondaire et le cégep ▪ Service permettant de faire des cytologies ▪ Formation en contraception hormonale

TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR LA CONTRACEPTION (SUITE)

TERRITOIRE	PROBLÈMES LIÉS À LA CLIENTÈLE	PROBLÈMES LIÉS À LA DISPENSATION DES SERVICES	FORCES	BESOINS
PORT-CARTIER	▪ Clientèle orpheline, i.e. sans médecin de famille ▪ Difficultés d'observance liées à toxicomanies	▪ Nécessité d'aller à l'urgence et d'attendre plusieurs heures pour obtenir une méthode contraceptive si la clientèle est orpheline ▪ Coûts des contraceptifs sont trop élevés pour certaines clientèles	▪ Équipe possédant une bonne communication entre ses membres, une grande débrouillardise, de l'efficacité et de l'entraide ▪ Motivation à l'égard de l'implantation de l'OC de CH	▪ Implantation de l'OC de CH ▪ Formation en contraception hormonale ▪ S'assurer des couloirs de services pour le suivi des ordonnances
SEPT-ÎLES	▪ Clientèle jeunesse peu avisée des mécanismes d'accès aux services ▪ Peu de ressources disponibles pour les jeunes adultes (clientèle orpheline)	o Attente en pharmacie pour obtenir la COU o Délai de deux semaines pour avoir un rendez-vous de contraception à la clinique de planning de Sept-Îles o Problème d'accès à médecin généraliste avant la fin de la période de six mois de l'OC de CH o Blocage des pharmaciens lors de re-initiation de la CH selon l'OC de CH o Difficulté d'accessibilité à certaines méthodes contraceptives (timbre et anneau contraceptifs) pour les populations autochtones o Questionnaire de l'infirmière relatif à l'OC de CH est trop long	▪ Existence d'une clinique de planification des naissances avec accès rapide pour les adolescentes ▪ Formation déjà donnée sur la COU aux infirmières de l'urgence et de la consultation externe ▪ Existence d'une OC de CH ▪ Service de clinique jeunesse offert une journée aux deux semaines par médecin généraliste ▪ Dépannage contraceptif offert aux jeunes par le GMF	▪ Communication auprès des jeunes concernant l'accessibilité aux services ▪ Mise à jour de la formation en contraception hormonale o Augmentation du nombre d'infirmières formées en contraception hormonale o Discussion avec les pharmaciens communautaires concernant le phénomène de re-initiation o Besoin de ressources cliniques pour les jeunes adultes o Étendre l'OC de CH à d'autres infirmières (périnatalité, dispensaires, autres) o Vérifier si la COU peut être disponible à l'urgence o Mise à jour de la formation en contraception hormonale o Auto-questionnaire contraceptif pour les patientes en attendant de voir l'infirmière o Mise à jour de l'OC de CH

TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR LA CONTRACEPTION (SUITE)

TERRITOIRE	PROBLÈMES LIÉS À LA CLIENTÈLE	PROBLÈMES LIÉS À LA DISPENSATION DES SERVICES	FORCES	BESOINS
MINGANIE	▪ Problèmes d'observance aux méthodes contraceptives ▪ Résistances des femmes en post-partum d'utiliser une méthode contraceptive autre que le condom par crainte de perturber l'allaitement du bébé	▪ Disparition de la clinique jeunesse depuis 2-3 ans ▪ Obligation des jeunes de manquer des périodes de classe pour consulter au CSSS ▪ Manque d'accès au condom dans le secteur Ouest ▪ Questionnement sur le counselling contraceptif fait en post-partum et dans les consultations médicales	▪ Équipe très dynamique ▪ Motivation à implanter l'OC de CH	▪ Implanter l'OC de CH ▪ Formation en contraception hormonale
BASSE-CÔTE-NORD		▪ Délai de 1-2 mois pour la pose d'un stérilet ▪ Délai occasionnel dans certains points de service pour obtenir une méthode contraceptive ▪ Roulement important du personnel	▪ Accessibilité à la stérilisation par la méthode Essure ▪ Consultations médicales par téléphone ▪ Infirmières font les cytologies et les dépistages ITSS ▪ Motivation pour implanter l'OC de CH ▪ Bonne collaboration entre médecins et infirmières	▪ Exigence de suivre la formation en contraception hormonale en ligne pour travailler dans ce territoire ▪ Implanter l'OC de CH ▪ Formation en contraception hormonale ▪ Besoin d'un local dans chaque école pour la consultation auprès de l'infirmière scolaire

TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR LA CONTRACEPTION (SUITE)

TERRITOIRE	PROBLÈMES LIÉS À LA CLIENTÈLE	PROBLÈMES LIÉS À LA DISPENSATION DES SERVICES	FORCES	BESOINS
HÉMATITE	▪ Connaissances déficientes des populations de 20-40 ans sur la contraception	▪ Absence de clinique jeunesse ▪ Problème de confidentialité pour l'obtention de contraceptifs ▪ *Quick Start* peu connu des médecins ▪ Pas de clinique jeunesse. Projet d'ouvrir une demi-journée de clinique jeunesse à l'école depuis un an : pas de développement	▪ Petit milieu où tout le monde se connaît ▪ Réseautage et concertation faciles ▪ Bonne connaissance des compétences des professionnels ▪ Accès facile aux services de santé ▪ Pérennité des services de santé ▪ Motivation pour implanter l'OC de CH ▪ L'infirmière scolaire est déjà formée en contraception hormonale	▪ Mise à jour sur la contraception hormonale ▪ Besoin d'un local dans l'école pour la consultation auprès de l'infirmière scolaire

ANNEXE 5

TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

TERRITOIRE	PROBLÈMES LIÉS À LA CLIENTÈLE	PROBLÈMES LIÉS À LA DISPENSATION DES SERVICES	FORCES	BESOINS
HAUTE-CÔTE-NORD	▪ Environ 20-25 références pour IVG par année ▪ Difficultés financières de la clientèle pour aller dans centres de références	▪ Transport de la clientèle au site de référence : Baie-Comeau ou Jonquière; ce transport nécessite parfois l'accompagnement de l'infirmière ▪ Respect de la confidentialité difficile lors de déplacement ▪ Difficulté à obtenir la disponibilité d'une infirmière par moment	▪ Équipe de deux infirmières, deux intervenantes sociales et une personne à l'accueil ▪ Évaluation de nature psychosociale bien rôdée	▪ Assistance financière pour certaines clientes ▪ Mise à jour du guide de références ▪ Faciliter la logistique avec les sites de références ▪ Soutien infirmier pour compléter les documents de référence ▪ Communication plus fluide entre les intervenants
MANICOUAGAN	▪ Environ 5-6 références par année en dehors de la région pour des IVG > 12 semaines ▪ Les femmes consultent tardivement	▪ IVG faites sous anesthésie générale à Jonquière ▪ Délai de 1-2 semaines entre évaluation pré-IVG et IVG ▪ Pas de référence rapide pour les femmes dont la gestation serait > 10 semaines, car il y a un délai d'attente d'une semaine pour obtenir les résultats des prélèvements pour Chlamydia et gonorrhée ▪ Nécessité d'avoir accès au bloc opératoire pour faire les IVG > 12 semaines, car le lieu actuel (clinique GARE) où se font les IVG n'est pas approprié pour les IVG plus avancées ▪ Difficulté pour avoir accès au bloc opératoire ▪ Les radiologistes font les échographies obstétricales et manquent parfois de délicatesse à l'égard des patientes ▪ Problème de confidentialité lié au fait que tout le monde se connaît dans la région	o Clinique de planification des naissances disponible et offrant le service d'IVG jusqu'à 12 semaines o Équipe solide en planification des naissances composée de trois gynécologues	o L'équipe de gynécologues qui fait les IVG aimerait avoir accès au Nitronox

TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) (SUITE)

TERRITOIRE	PROBLÈMES LIÉS À LA CLIENTÈLE	PROBLÈMES LIÉS À LA DISPENSATION DES SERVICES	FORCES	BESOINS
PORT-CARTIER	▪ Peu de référence. On pense que les femmes se rendent d'elles-mêmes aux cliniques de la région	▪ Difficulté à bien identifier les rôles et tâches de chacun ▪ Insécurité face à l'accompagnement psychosocial à donner et à l'information à donner	▪ Échographie possible grâce à un appareil portatif à l'urgence du CSSS ▪ Équipe solide prête à collaborer	o Pas de guide de références o Meilleure organisation pour faire les références (transport, examen, préparation pour l'intervention) o Amélioration de l'accompagnement psychosocial fait par les infirmières o Amélioration de l'information qui doit être donnée à la femme o Réduire le nombre de déplacements de la femme
SEPT-ÎLES	▪ Environ 90-100 IVG par année à la Clinique de planning de Sept-Îles ▪ Clientèle autochtone consulte de plus en plus pour IVG et IVG répétées	▪ Délai de deux semaines maximum entre la visite pré-inter et l'IVG ▪ Équipe précaire composée d'une omnipraticienne, aidée d'une gynécologue ▪ Référence à l'extérieur pour les IVG > 14 semaines et pour les IVG répétées (> 3 à vie) ▪ Pas de remplacement quand l'infirmière de la clinique de planning est en vacances ▪ L'infirmière de la clinique de planning n'est pas branchée sur Lotus Notes, donc ne peut recevoir facilement des communications ▪ Pas de remplacement médical lors d'absence	▪ Clinique de planning offrant le service d'IVG de 8 à 14 semaines. Les IVG de 8-12 semaines sont faites par une omnipraticienne, celles de 12-14 semaines sont faites par une gynécologue ▪ Service d'échographie disponible quotidiennement ▪ Possibilité d'avoir une IVG et une ligature de trompe en même temps	▪ Remplacement de l'infirmière et du médecin quand ceux-ci sont en vacances ▪ Réflexion à faire sur les IVG < 8 semaines ▪ Réflexion à faire sur les IVG répétées

TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) (SUITE)

TERRITOIRE	PROBLÈMES LIÉS À LA CLIENTÈLE	PROBLÈMES LIÉS À LA DISPENSATION DES SERVICES	FORCES	BESOINS
MINGANIE	▪ Peu de cas connus de référence pour IVG, pourtant dans les histoires personnelles des femmes en prénatal, l'infirmière note plusieurs IVG	▪ Méconnaissance des mécanismes de référence et des processus lors de demande d'IVG ▪ Méconnaissance des informations à donner à la clientèle au sujet de l'IVG ▪ Lourdeur du mécanisme de référence avec la clinique de planning de Sept-Îles ▪ Problème de confidentialité?	▪ Possibilité d'évaluation psychosociale pré-IVG au Havre-St-Pierre ▪ Ouverture de l'équipe face à cette problématique	▪ Formation sur l'IVG (procédures, mécanismes de référence, information à la clientèle) ▪ Entente avec la clinique de planning de Sept-Îles pour réduire le nombre de déplacements de la clientèle ▪ Formation sur le counseling lié à l'IVG et sur l'ambivalence
BASSE-CÔTE-NORD	▪ Peu de cas connu de référence pour IVG (1-2 cas par année?)	▪ Problème de confidentialité ▪ Refus d'IVG répétées à St-Anthony	▪ Références possibles à St-Anthony (Terre-Neuve) pour les anglophones et à Sept-Îles pour les francophones ▪ Ouverture de l'équipe face à cette problématique	▪ Formation sur le counseling lié à l'IVG et sur l'ambivalence ▪ Formation sur l'IVG (procédures, mécanismes de référence, information à la clientèle) ▪ Soutien financier pour l'accompagnement des femmes à l'IVG
HÉMATITE	▪ Peu de cas connu de référence pour IVG	▪ Problème de complémentarité avec la CPN de Sept-Îles et du CHUQ au niveau des interventions pré-IVG et des formulaires	▪ Service pré et post-IVG donné ▪ Petit milieu où tout le monde se connaît ▪ Réseautage et concertation faciles ▪ Bonne connaissance des compétences des professionnels ▪ Accès facile aux services de santé ▪ Pérennité des services de santé	▪ Développer des questionnaires et des documents d'information sur l'IVG compatibles avec ceux de Sept-Îles et de Québec ▪ Formation sur l'IVG

ANNEXE 6

ANALYSE DES ORDONNANCES COLLECTIVES DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

ANALYSE DES ORDONNANCES COLLECTIVES DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

Édith Guilbert M.D., M. Sc.

Juin 2010

Analyse de l'ordonnance collective de contraception hormonale du CSSS de la Haute-Côte Nord :

- La date d'adoption est présente. Il n'y a pas encore de date de révision.
- Les infirmières visées sont présentes et leur mention est cohérente avec le modèle provincial.
- Les pharmaciens visés sont présents et cohérents avec le modèle provincial.
- La population visée est présente et cohérente avec le modèle provincial.
- Le mécanisme de médecin répondant est présent et cohérent avec le modèle provincial.
- Les conditions d'application sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial.
- Les contre-indications sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial 2007. ***Elles doivent être mises à jour pour être cohérentes avec le modèle 2009***.
- Les signes et symptômes nécessitant l'arrêt sont présents et ***non cohérents*** avec les modèles provinciaux 2007 et 2009. ***Ils doivent être mis à jour pour être cohérents avec le modèle 2009.***
- La liste de produits contraceptifs est présente et ***non cohérente*** avec les modèles provinciaux 2007 et 2009. ***Elle doit être mise à jour pour être cohérente avec le modèle 2009***.
- Les interventions de l'infirmière et du pharmacien sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial.
- Le formulaire de liaison est présent et ***non cohérent*** avec les modèles provinciaux 2007 et 2009. ***Il doit être mis à jour pour être cohérent avec le modèle 2009***.
- Le condensé de l'ordonnance collective est présent et cohérent avec le modèle provincial.

Analyse de l'ordonnance collective de contraception hormonale du CSSS de l'Hématite :

- La date d'adoption est présente. Il n'y a pas encore de date de révision.
- Les infirmières visées et leurs secteurs de travail sont présents. ***Comme une seule infirmière d'un seul secteur est visée, il serait pertinent de réfléchir à ajouter d'autres secteurs où des infirmières voient des clientèles adultes tels que la périnatalité, les soins courants, l'urgence, etc.***
- Les pharmaciens visés sont présents et cohérents avec le modèle provincial.
- La population visée est présente et cohérente avec le modèle provincial.
- Le mécanisme de médecin répondant est présent et cohérent avec le modèle provincial.
- Les conditions d'application sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial.
- Les contre-indications sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial 2009.
- Les signes et symptômes nécessitant l'arrêt sont présents mais ***non cohérents*** avec le modèle provincial 2009. ***Ils doivent être mis à jour pour être cohérents avec le modèle 2009***.
- La liste de produits contraceptifs est présente et cohérente avec le modèle provincial 2009.
- Les interventions de l'infirmière et du pharmacien sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial.
- Le formulaire de liaison et le condensé de l'ordonnance collective sont présents et cohérents avec le modèle provincial 2009.

Analyse de l'ordonnance collective de contraception hormonale du CSSS de Sept-Îles :

- Les dates d'adoption et de révision sont présentes.
- Les infirmières visées et leurs secteurs de travail sont présents.
- Les pharmaciens visés sont présents et cohérents avec le modèle provincial.
- La population visée est présente et cohérente avec le modèle provincial.
- Le mécanisme de médecin répondant est présent et cohérent avec le modèle provincial.

- Les conditions d'application sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial.

- Les contre-indications sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial 2009.

- Les signes et symptômes nécessitant l'arrêt sont présents mais ***non cohérents*** avec le modèle provincial 2009. ***Ils doivent être mis à jour pour être cohérents avec le modèle 2009***.

- La liste de produits contraceptifs est présente et cohérente avec le modèle provincial 2009.

- Les interventions de l'infirmière et du pharmacien sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial.

- Le formulaire de liaison et le condensé de l'ordonnance collective sont présents et cohérents avec le modèle provincial 2009.

Analyse de l'ordonnance collective de contraception hormonale du CSSS de Port-Cartier :

- La date d'adoption est présente. Il n'y a pas encore de date de révision.

- Les infirmières visées et leurs secteurs de travail sont présents.

- La population visée est présente et cohérente avec le modèle provincial.

- Le mécanisme de médecin répondant ***n'est pas présent et est non cohérent*** avec le modèle provincial. ***Il doit être présent pour être cohérent avec le modèle 2009***.

- Les conditions d'application sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial.

- Les contre-indications sont présentes et ***non cohérentes*** avec le modèle provincial 2009. ***« La ménopause » n'est pas une contre-indication nécessaire pour toutes les méthodes contraceptives et on a omis « les femmes de plus de 35 ans qui n'avaient pas eu de test de Pap dans les deux dernières années » pour la pilule à progestatif seul et l'injection contraceptive. Les contre-indications doivent être mises à jour pour être cohérentes avec le modèle 2009***.

- Les signes et symptômes nécessitant l'arrêt sont présents et cohérents avec le modèle provincial 2009.

- La liste de produits contraceptifs est présente et ***non cohérente*** avec le modèle provincial 2009. ***Il manque les produits suivants : Brevicon 1/35, Seasonale et Tri-Previfem. Cette liste doit être mise à jour pour être cohérente avec le modèle 2009***.

- Les interventions de l'infirmière et du pharmacien sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial.

- Le formulaire de liaison est présent et ***non cohérent*** avec le modèle provincial 2009. ***Il manque les produits suivants : Brevicon 1/35, Seasonale et Tri-Previfem. Le formulaire de liaison doit être mis à jour pour être cohérent avec le modèle 2009***.

- Le condensé de l'ordonnance collective est présent et ***non cohérent*** avec le modèle provincial. ***Il manque le mécanisme de médecin répondant. Il doit être mis à jour pour être cohérent avec le modèle 2009***.

Analyse de l'ordonnance collective de contraception hormonale du CSSS de Manicouagan :

- Les dates d'adoption et de révision sont présentes.

- Les infirmières visées sont présentes et leur mention est cohérente avec le modèle provincial.

- Les pharmaciens visés sont présents et cohérents avec le modèle provincial.

- La population visée est présente et cohérente avec le modèle provincial.

- Le mécanisme de médecin répondant est présent et cohérent avec le modèle provincial.

- Les conditions d'application sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial.

- Les contre-indications sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial 2009.

- Les signes et symptômes nécessitant l'arrêt sont présents et cohérents avec le modèle provincial 2009. ***L'ajout du test de grossesse positif comme raison d'arrêt des contraceptifs n'est pas nécessaire car il s'agit d'une évidence.***

- La liste de produits contraceptifs est présente et cohérente avec le modèle provincial 2009.

- Les interventions de l'infirmière et du pharmacien, ***quoique peu élaborées***, sont présentes et cohérentes avec le modèle provincial.

- Le formulaire de liaison et le condensé de l'ordonnance collective sont présents et cohérents avec le modèle provincial 2009.

N° de publication : 1214

EXPERTISE
CONSEIL

INFORMATION

FORMATION

www.**inspq**.qc.ca

RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION

COLLABORATION
INTERNATIONALE

LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique
Québec