

ça  
3

# sexprime

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

une production du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec,  
en collaboration avec l'Université du Québec à Montréal et de Tel-jeunes.

8

PRINTEMPS | 2007

## Désirer ou avoir un enfant à l'adolescence : MIEUX SAISIR LE SENS ET LES ENJEUX

PAR  
ANNE-MARIE BÉRARD

À PARTIR DE L'HIVER 2007, CE MAGAZINE SERA DISPONIBLE PAR ABONNEMENT SEULEMENT. VOUS DEVEZ VOUS INSCRIRE, SANS FRAIS, À : [msss.gouv.qc.ca/itss/abonnement](http://msss.gouv.qc.ca/itss/abonnement)

Québec 



Audrey a 15 ans. Elle a un copain depuis bientôt six mois et pour elle, sa relation amoureuse est le seul élément réjouissant de sa vie. Audrey éprouve des difficultés à l'école ; ses notes dégringolent. En fait, elle préfère passer du temps avec son copain au lieu d'étudier et de faire ses devoirs. Elle est tout de même triste de cette situation car elle désire devenir vétérinaire et pour cela, elle doit obtenir une bonne moyenne. La chute constante de ses notes n'aide en rien à sa relation tumultueuse avec ses parents qui s'inquiètent de son avenir et qui la grondent car, par son attitude, elle met en péril ses études futures. Depuis quelques semaines, Audrey se surprend à oublier de temps à autre sa pilule contraceptive alors qu'elle continue d'avoir des relations sexuelles non protégées avec son copain.

Dans la cour d'école, Audrey en parle avec une amie. « Tu joues avec le feu, rétorque cette dernière. Tu sais que tu pourrais tomber enceinte parce que tu ne prends pas ta pilule chaque jour? Est-ce que ton copain et toi utilisez le condom au moins? » « Le condom? Pas besoin : on s'aime plus que tout et en plus, on est un couple stable, répond Audrey. Sincèrement, je ne crois pas que je pourrais tomber enceinte. Mais si ça devait m'arriver, c'est parce que ce serait ma destinée, signe que je serais prête à vivre un défi. Et à bien y penser, cette nouvelle vie serait bien mieux pour mon chum et moi, non? On aurait notre petite bulle familiale juste à nous! On serait heureux! C'est certain que je ne gronderais pas mon enfant comme mes parents le font avec moi. Je vais l'aimer mon enfant, MOI, et il va m'aimer aussi... » La cloche du début des cours sonne. « On s'en reparle après les cours! » conclut Audrey qui s'en va rapidement tandis que son amie s'empresse d'ajouter : « Tu as parlé de tout ça à ton copain? Est-ce qu'il pense comme toi? » Audrey s'écrie : « Je sais qu'il veut des enfants lui aussi! Tu sais, il est sérieux pour un gars de 17 ans! »

À suivre.

**ça sexprime**

N° 8, PRINTEMPS 2007

CE MAGAZINE EST UNE COLLABORATION :

du ministère de la Santé et  
des Services sociaux du Québec

- Direction des communications  
- Direction générale de santé publique  
• Richard Cloutier

- Direction générale des services sociaux  
• Anik Simard  
• Yves Perreault

de l'Université du Québec à Montréal

- Anne-Marie Bérard, sexologue-éducatrice,  
étudiante à la maîtrise en sexologie  
- Francine Duquet,  
professeure au département de sexologie

et de Tel-Jeunes

- Emmanuelle Roy, directrice des services

**Design Graphique :** Immaculæ conception graphique

Nous remercions mesdames Lilianne Lavertue et Sylvie Pinsonneault, chargées de cours au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal, ainsi que madame Catherine Denis, directrice générale de S.O.S. Grossesse, pour leurs précieux commentaires.

On peut retrouver les numéros du magazine *Ça sexprime* traitant d'éducation sexuelle sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : [www.msss.gouv.qc.ca/itss](http://www.msss.gouv.qc.ca/itss), onglets : *documentation/professionnels de l'éducation/Magazine Ça sexprime*. Le magazine *Ça sexprime* est aussi disponible en anglais sous le nom de *The SexEducator*.

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

**Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007  
Bibliothèque nationale du Canada, 2007  
ISSN 1712-5782 (Version imprimée)  
ISSN 1718-5238 (Version PDF)

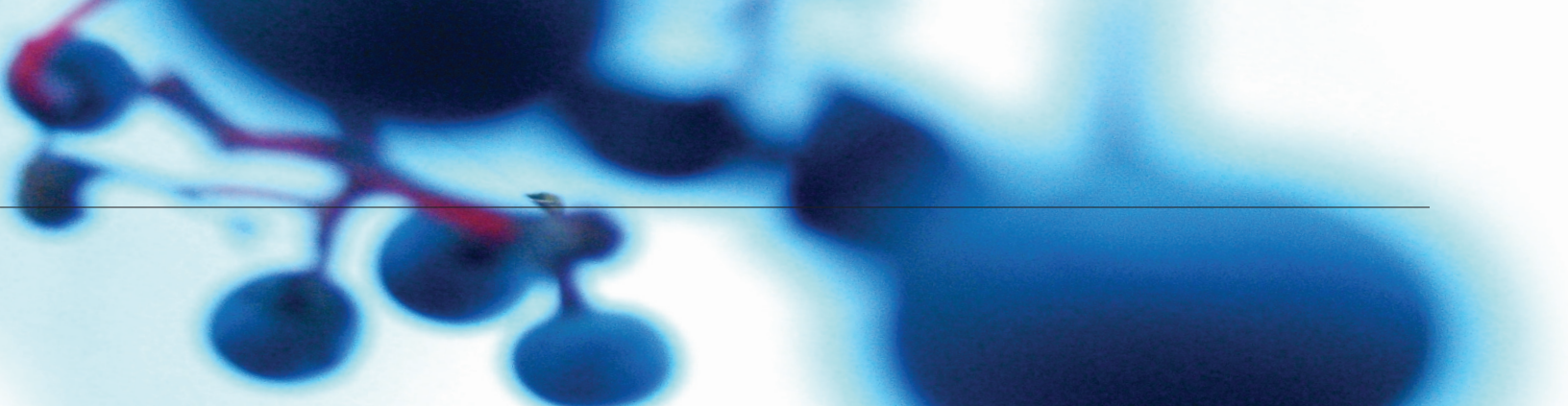
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2007



Pour s'abonner au magazine *Ça sexprime*, allez à : [msss.gouv.qc.ca/itss/abonnement](http://msss.gouv.qc.ca/itss/abonnement)

Pour donner votre opinion sur le magazine *Ça sexprime*, allez à : [msss.gouv.qc.ca/itss/evaluation](http://msss.gouv.qc.ca/itss/evaluation)



**Et vous, qu'en pensez-vous? Comment interviendriez-vous auprès d'une adolescente qui vous exprimerait, de façon claire ou implicite, son désir d'avoir un enfant? Comment réagiriez-vous devant une adolescente enceinte qui vous annoncerait qu'elle décide de poursuivre sa grossesse? Comment percevez-vous le rôle du jeune homme au regard de la grossesse à l'adolescence?**

La grossesse à l'adolescence est un sujet qui nous place inévitablement face à nos valeurs et à nos opinions personnelles. Celles-ci peuvent grandement influencer nos interventions auprès des jeunes, qui seront soit moralisatrices, soit neutres, soit aidantes. Puisque ce sujet soulève des réflexions relevant de l'éthique et de la morale, il importe d'abord que les intervenants aient une juste compréhension du désir d'enfant chez les adolescents afin d'en dégager le sens et les différents enjeux pour ensuite être en mesure d'amener les jeunes à réfléchir, à leur tour, sur ce que signifient et exigent la grossesse et la parentalité pour eux. Pour ce faire, nous vous suggérons, dans vos interventions en éducation à la sexualité, de prendre le temps de « comprendre la véritable nature du phénomène en cause et ainsi le resituer dans un contexte plus réaliste<sup>1</sup> ».

Au sein des principaux milieux de vie des adolescents, les parents, les enseignants et les professionnels de l'école, les intervenants d'organismes communautaires et de centres de santé et de services sociaux, etc., peuvent s'engager dans une démarche d'éducation à la sexualité. L'école, qui vise à amener l'élève à structurer son identité, à construire sa vision du monde et à développer son pouvoir d'action<sup>2</sup>, s'avère un lieu privilégié pour sensibiliser les jeunes aux conséquences de la grossesse à l'adolescence. D'autant que le décrochage scolaire est l'une de ces conséquences. En fait, la grossesse adolescente serait « la principale cause de décrochage scolaire au Québec pour 50 à 67 % des filles, soit environ 1 000 adolescentes par année<sup>3</sup> ». Et en notre époque où l'éducation constitue LA clef pour s'ouvrir les portes du marché du travail ainsi que le chemin privilégié vers un statut social valorisé, l'abandon des études secondaires prédispose à des conditions de vie difficiles. Sans compter que les parents adolescents risquent fortement d'être confrontés à des réalités telles un faible revenu, la dépendance économique (envers leurs parents ou l'État) et la monoparentalité. À ces conditions de vie pourrait aussi s'ajouter un sentiment d'exclusion<sup>4</sup>.

Vous conviendrez que nous ne pouvons passer sous silence ces conséquences possibles alors que certains adolescents, eux, perçoivent la naissance d'un enfant comme étant LA solution à leurs difficultés. La sensibilisation des adolescents s'impose afin qu'ils prennent conscience non seulement de leurs *motivations*, mais aussi de la *réalité* de la parentalité : deux conditions à une démarche vers un choix éclairé. Les jeunes doivent donc savoir quel défi constitue

la parentalité adolescente, mais il faut prendre en compte, aussi, le fait que certains puissent choisir la parentalité comme projet de vie. Cette situation peut dès lors être facilitée de beaucoup si, tout en s'investissant dans leur rôle de parent, les adolescents reçoivent du soutien de leur famille, de personnes importantes pour eux et d'organismes de la communauté.

La présente édition de ce magazine se veut donc un outil vous offrant des points de repère susceptibles de guider vos interventions et d'alimenter vos réflexions en ce qui concerne le désir d'enfant et la grossesse à l'adolescence. Vous sont également proposées des activités pédagogiques qui visent à amener les jeunes à aborder franchement ce thème d'éducation à la sexualité « tout en les amenant à développer leur jugement, leur sens des responsabilités, leur esprit critique et leur capacité de discernement<sup>5</sup> » au regard de la grossesse à l'adolescence. Ces activités seront l'occasion d'échanger avec vos jeunes, notamment sur les enjeux qu'ils associent à la grossesse et au fait d'être parent à l'adolescence<sup>6</sup>.

### REPRÉSENTATION SOCIALE DE LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE

L'accessibilité aux moyens contraceptifs ainsi que la valorisation des études postsecondaires menant à une carrière professionnelle sont assurément des facteurs qui ont contribué à « différer l'âge jugé socialement acceptable de la première maternité<sup>7</sup> ». De fait notre société actuelle édicte-t-elle, de façon implicite, un âge minimal pour devenir parent? Quoi qu'il en soit, les grossesses dites « précoces » donnent parfois lieu à la stigmatisation et au blâme. N'est-il pas fréquent d'entendre que les jeunes parents sont irresponsables, immatures, ou encore insouciantes?

Ces jeunes sont parfois montrés du doigt. D'ailleurs, selon Poissant (2002), c'est la peur d'être jugé ou critiqué qui amène les jeunes à retarder leur demande d'aide au sujet d'une grossesse. D'où l'importance de prendre conscience de nos propres préjugés, aussi subtils soient-ils, afin d'établir une relation avec les adolescents et de mieux les accompagner.

Tout comme le souligne Manseau (1997), il importe de tenir compte des perspectives des adolescents et de mettre au rancart toute attitude culpabilisante. Dans l'ensemble, ceux-ci ont besoin d'être écoutés, de sentir qu'on leur fait confiance et surtout, ils s'attendent à ce qu'on leur expose la réalité du rôle de parent telle qu'elle est. D'ailleurs, « la force d'une intervention est liée au fait de présenter une information simple et honnête, dépourvue de sensationnalisme et accompagnée d'une attitude de respect et d'ouverture<sup>8</sup> ».

1. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, 2003, p. 7.

2. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC, 2004.

3. TREMBLAY, 2001, p. 44.

4. LÉGARÉ, GAGNON et MAILLOUX, 1999, p. 72.

5. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, 2003, p. 7.

6. DUFORT, GUILBERT et SAINT-LAURENT, 2000, p. 6.

7. Id., p. 1.

8. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, 2003, p. 25.

## LA GROSSESSE CHEZ LES JEUNES FEMMES ÂGÉES DE MOINS DE 20 ANS : UN PORTRAIT STATISTIQUE

L'âge de la première relation sexuelle se situe autour de 15 ans<sup>9</sup>. Évidemment, plus tôt les jeunes ont une vie sexuelle active avec une personne de l'autre sexe, plus tôt ils ont la possibilité de concevoir un enfant (désiré ou non). Au Québec, entre 1992 et 1998, « le taux de grossesse chez les jeunes filles âgées de 14 à 17 ans est resté stable, soit entre 19 et 20 pour 1 000 adolescentes<sup>10</sup> ». Bien qu'il ait rapidement diminué à partir de 2002, le taux de grossesse chez cette même population se chiffrait tout de même à 14,7 pour 1 000 en 2004<sup>11</sup>. Le taux de grossesse pour les Québécoises un peu plus âgées est également en baisse, quoique non négligeable. En effet, le taux de grossesse pour les jeunes femmes de 18-19 ans atteignait 70,5 pour 1 000 en 1994, alors qu'en 2004, il était de 58,2 pour 1 000<sup>12</sup>.

En 2004, le nombre de naissances vivantes pour l'ensemble des Québécoises âgées de moins de 20 ans était de 2 330<sup>13</sup>. Notons toutefois que la majorité des jeunes femmes enceintes âgées de moins de 20 ans optent pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG), soit environ les deux tiers d'entre elles<sup>14</sup>. Ces quelques données nous indiquent que la grossesse chez les Québécoises âgées de moins de 20 ans est une réalité non négligeable nécessitant des interventions de sensibilisation et de prévention.

Bref, les adolescentes enceintes peuvent être placées devant une alternative : la poursuite de la grossesse ou l'IVG. Dans le premier cas, un choix devra également être fait entre assumer le rôle parental ou confier l'enfant à l'adoption. Les différentes options doivent donc être explorées lors d'activités de prévention et de sensibilisation afin que d'une part, les jeunes prennent conscience que la grossesse et les prises de décision qu'elle implique sont une des conséquences possibles d'une vie sexuelle active avec une personne du sexe opposé et que d'autre part, ils soient en mesure de prendre une décision éclairée advenant une grossesse.

### AVOIR UN ENFANT À L'ADOLESCENCE : DÉSIR OU BESOIN ?

La plupart du temps, la grossesse à l'adolescence revêt un *caractère imprévu* plutôt qu'intentionnel<sup>15</sup>. Dans ce même ordre d'idées, Charbonneau (1999) souligne que c'est après la confirmation de la grossesse, lorsque vient le moment de prendre une décision, que surgit le désir de mettre au monde un être qui pourra combler un manque affectif. Quant aux adolescentes qui ont un désir d'enfant avant la conception de celui-ci, nous en savons très peu sur elles<sup>16</sup>, mais nous pouvons néanmoins dégager certaines pistes de compréhension.

Pourquoi s'attarder d'abord au « désir » de grossesse à l'adolescence ? Parce que nombre d'adolescentes voient dans la venue d'un enfant un événement porteur d'espoir de changements ou encore l'associent à la résolution de problèmes multiples<sup>17</sup>. Ainsi, lorsque le désir d'enfant s'apparente davantage à un « besoin » d'enfant, donc lorsque

l'enfant apparaît comme un moyen de pallier des manques, il est certain que les responsabilités reliées au rôle de parent augmenteront les risques de déception. D'où la nécessité d'intervenir rapidement en présence d'une adolescente qui, comme Audrey, investit une grossesse future du pouvoir de devenir LA solution à ses difficultés.

Avant de porter quelconque jugement en regard à cette situation, Manseau (1997) propose de considérer la grossesse à l'adolescence comme une « stratégie d'adaptation » qui peut se traduire, chez plusieurs jeunes filles, par une intention de « changer de vie, donc une manière d'envisager le futur avec un certain optimisme<sup>18</sup> ». La prévention consiste donc en une sensibilisation aux responsabilités qu'implique la parentalité, situation qui, malgré certains aspects positifs, ne garantit pas la résolution des difficultés. Cela étant, il conviendra, dans les interventions, de proposer d'autres stratégies pour combler les manques et les besoins.

Une étude de Hamann réalisée en 2002 auprès de 46 jeunes Québécoises enceintes âgées entre 13 et 19 ans met en évidence 3 catégories relatives au désir d'enfant qui s'apparentent à des « **stratégies d'adaptation** » (voir Tableau 1).

Dans la catégorie « **désir planifié** » pourrait être ajoutée une expérience antérieure d'IVG, celle-ci étant, pour certaines adolescentes, une motivation à mener à terme une seconde grossesse. En effet, c'est peu de temps après une IVG, alors que la jeune fille n'a pas encore fait le deuil de l'enfant, que peut se manifester le désir d'une seconde grossesse<sup>19</sup>. Les sentiments de culpabilité, d'ennui et de vide vivement éprouvés, jumelés au déni de l'IVG passée, peuvent amener l'adolescente à vouloir un enfant rapidement afin de remplacer celui considéré comme « perdu ».

Quant au sentiment de devoir poursuivre la grossesse (la catégorie du « **devenir enceinte accepté** »), il peut aussi découler de la perception qu'a l'adolescente de l'IVG (considérée comme un meurtre) ou du fait que la grossesse soit trop avancée pour être interrompue<sup>20</sup>. De plus, certaines adolescentes, ne voulant pas croire qu'elles sont enceintes, tarderont à demander de l'aide, et ce, jusqu'à ce que les signes physiques de la grossesse soient irréfutables<sup>21</sup>. Voilà donc des facteurs qui limitent le pouvoir de décision de l'adolescente et il est légitime de douter, dans ces cas, que la poursuite de la grossesse procède d'un véritable choix.

Enfin, dans la catégorie « **accident désiré** », nous pouvons ajouter les constats de Rosengard et coll. (2004) sur le désir de grossesse « ambivalent » chez certaines adolescentes, ambivalence qui, selon ces auteurs, se traduit concrètement par une utilisation irrégulière des méthodes contraceptives, entre autres. N'est-ce pas cette ambivalence que manifeste Audrey, le personnage de notre mise en situation ?

TABLEAU 1 CATÉGORIES RELATIVES AU DÉSIR D'ENFANT (HAMANN, 2002)

Le désir planifié	Le devenir enceinte accepté	L'accident désiré
Il revêt un caractère urgent et renvoie davantage au besoin de combler un manque plutôt qu'au désir d'enfant comme tel (15 % de l'échantillon de l'étude).	La poursuite de la grossesse est perçue comme une avenue inévitable (46 % de l'échantillon de l'étude). L'aspect « inévitable » peut découler d'une confirmation tardive de la grossesse. L'adolescente aura donc tardé à faire un test de grossesse ou à consulter, ce qui peut s'expliquer par : <ul style="list-style-type: none"> <li>- une crainte des réactions de l'entourage ;</li> <li>- la volonté d'éviter les pressions d'un entourage qui favorise l'IVG comme option ;</li> <li>- une interprétation erronée des signes physiques de la grossesse, voire l'absence de ces derniers.</li> </ul>	Le désir ambivalent d'enfant se transforme en désir véritable au moment de la confirmation de la grossesse. Une sorte d'acte manqué... réussi (39 % de l'échantillon de l'étude).

Étant donné que le désir de grossesse à l'adolescence peut prendre différentes formes, la prévention auprès des adolescentes passe entre autres par « une recherche constante des significations de la grossesse pour elles<sup>22</sup> ». Ainsi, il est légitime de croire que le seul fait de permettre aux adolescentes de réfléchir aux motivations qui sous-tendent leur désir d'enfant ou leur choix de poursuivre une grossesse peut les amener à faire la différence entre les attentes réalistes et les illusions qu'elles nourrissent par rapport à l'enfant à naître.

De façon générale, la vision du bébé à naître est idéalisée. Ce futur être est souvent perçu comme la clef du bonheur tant souhaité. En fait, pour plusieurs adolescentes, le bébé sera un être à aimer, un être de qui elles pourront s'occuper, voire un objet d'adoration<sup>23</sup>. L'espoir d'un avenir meilleur repose donc sur le nouveau-né. Manseau (1997) traduit cet espoir comme un désir de retrouver un « paradis perdu ».

Selon Charbonneau (1999), la combinaison d'un manque affectif important et de difficultés scolaires et familiales est un facteur prédisposant au désir d'enfant à l'adolescence. La poursuite de la grossesse serait davantage l'option choisie par les adolescentes présentant les principales caractéristiques suivantes :

- famille dysfonctionnelle ;
- manque d'intérêt et d'ambition en ce qui concerne la scolarité ;
- carences affectives ;
- faible estime de soi et piètre image de soi<sup>24</sup>.

Les adolescentes issues de milieux familiaux plus stables, mieux structurés et financièrement plus aisés, où sont favorisés la communication et le soutien, et qui ont des projets sur les plans scolaire et professionnel, sont plus enclines à opter pour l'IVG<sup>25</sup>. Il s'avère donc que « la présence de projets d'avenir précis appuyés sur la croyance en ses possibilités d'y arriver est un facteur protecteur » et qu'en l'absence de ce dernier, « le choix de la naissance d'un enfant et [de] la création d'une famille peut donner un sens à la vie et une place dans la société<sup>26</sup> ».

Par ailleurs, le fait d'avoir été victime de sévices sexuels pourrait aussi avoir une influence, quoiqu'inconsciente, sur l'avènement d'une grossesse à l'adolescence<sup>27</sup>. Cela s'expliquerait du fait que les sentiments refoulés de l'expérience traumatisante peuvent se transformer, ultérieurement, en « désir d'enfant », donc en un désir inconscient de compenser le traumatisme d'ordre affectif au moyen d'un enfant bien à soi.

Enfin, sans délibérément planifier leur grossesse, des jeunes (à l'instar d'Audrey) entretiennent une pensée magique qui, dès lors, augmente la possibilité de concevoir un enfant. En fait plusieurs

jeunes, croyant que l'amour et la stabilité de leur relation constituent des facteurs de protection contre les infections transmissibles sexuellement (ITS), n'utilisent plus ou n'utilisent pas le condom. Ainsi, même lorsque l'utilisation irrégulière de méthodes contraceptives se joint à l'absence de protection, nombre de jeunes ont la ferme conviction que « cela peut arriver aux autres, mais jamais à nous, et surtout pas à MOI ! ». Cette pensée magique dépendrait de divers facteurs, tels le manque d'information, le manque d'appropriation de la réalité, le sentiment d'invulnérabilité, les mythes, le manque de conscience de ce qui peut arriver aux autres et à soi, etc.<sup>28</sup>. Dans le cas d'Audrey, la pensée magique et l'irrégularité de la prise de contraceptifs et de préservatifs coïncident aussi avec un désir de grossesse qualifié plus tôt d'« ambivalent » ou d'« accident désiré » (« Si ça devait m'arriver, c'est parce que ce serait ma destinée... »).

Même si, en raison de facteurs sociaux, économiques et psycho-affectifs, certaines jeunes filles seront plus enclines à désirer et à poursuivre une grossesse, le défi de l'éducation et de la prévention est de faire en sorte que l'ensemble des adolescents se sentent concernés. À cette fin, les intervenants doivent se montrer sensibles aux préoccupations des jeunes, qui peuvent différer selon les particularités de leur vécu.

#### DÉSIR D'ENFANT VS RÔLE DE PARENT : QUAND LA RÉALITÉ RATTRAPE LES JEUNES

Comme nous l'avons déjà évoqué, la parentalité est souvent idéalisée. Dès lors, le désir d'un enfant bien à soi semble l'emporter sur l'anticipation des responsabilités et du rôle parentaux : une conception de la parentalité qui, il convient de le souligner, est également partagée par nombre d'adultes. Cela étant, il ne s'agit pas de faire preuve de pessimisme devant des adolescents qui opteraient ou qui opteront pour la parentalité, mais bien d'accompagner, le cas échéant, de futurs « jeunes parents avertis ». L'important est de considérer le rôle de parent comme une réalité qui n'est ni toute rose, ni toute noire. Ce nouveau rôle comportera certes son lot de joies et d'expériences enrichissantes, mais aussi de difficultés et de renoncements. Et c'est précisément cette part de difficultés et de renoncements qui touchera le plus durement les adolescents.

#### POUR LES ADOLESCENTES

devenir mère peut signifier :

- un changement de statut social (les rôles d'adulte et de mère jouissant tous deux d'une reconnaissance sociale) ;
- des échanges d'égal à égal avec leur mère<sup>29</sup> ;
- l'acquisition d'une autonomie (due par exemple au départ du domicile des parents) et le sentiment d'être utile (en raison de l'enfant qui dépendra d'elles)<sup>30</sup>.

9. BOURQUE, 2002.

10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, [en ligne]. (<http://www.msss.gouv.qc.ca>) (section Problèmes sociaux/ Grossesse à l'adolescence) (10 juillet 2005)

11. Selon les données fournies par la Direction des études et des analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux.

12. Selon les données fournies par la Direction des études et des analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux.

13. Registre des événements démographiques du Québec (2006).

14. Selon les données fournies par la Direction des études et des analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux.

15. DUFORT, GUILBERT et SAINT-LAURENT, 2000, p. 127.

16. ROSENGARD et coll., 2004.

17. HAMANN, 2002, p. 202.

18. MANSEAU, 1997, p. 161.

19. CÔTÉ, 1995.

20. POISSANT, 2002.

21. ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC et UNIVERSITÉ LAVAL, 1997, p. 2.

22. MANSEAU, 1997, p. 164.

23. ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC et UNIVERSITÉ LAVAL, 1997, p. 5.

24. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1989; cité dans ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC et UNIVERSITÉ LAVAL, 1997, p. 3.

25. Id.

26. DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE, 2003, p. 4.

27. MANSEAU, 1997, et CHAMPAGNE, 1997.

28. MANSEAU, 1997, p. 112.

29. MARION et HOME, 2000; CHARBONNEAU, 1999.

30. MARION et HOME, 2000.



Nombre de jeunes mères doivent toutefois se rendre à l'évidence que le statut de mère n'engendre pas automatiquement le statut d'adulte<sup>31</sup>. C'est que la jeune mère est avant tout une adolescente et souvent, elle reste encore chez ses parents de qui elle dépend sur le plan économique. En plus de s'occuper d'un enfant, elle doit aussi faire face à sa propre réalité d'adolescente, soit : s'affirmer une identité tout en s'adaptant à son rôle de mère, maintenir ses amitiés, tenter d'atteindre une autonomie à l'extérieur du noyau familial et compléter ses études<sup>32</sup>. À cet égard, Marion et Home (2000) constatent que nombre de jeunes mères accordent une priorité à leurs rôles de mère et d'étudiante, car elles perçoivent les études comme bénéfiques tant pour elles que pour l'enfant, comme garantes d'une reconnaissance sociale et d'une indépendance financière. Le constat de ces auteurs ne doit cependant pas nous faire oublier que le décrochage scolaire touche un nombre non négligeable de jeunes mères.

Enfin, plus les attentes à l'égard du bébé et de la parentalité auront été élevées, plus les déceptions risquent d'être grandes après la naissance. Car c'est « un dur retour à la réalité que de faire face aux problèmes du bébé (pleurs, maladies), à la relation difficile avec son ami et au manque d'énergie<sup>33</sup> ». D'ailleurs, il n'est pas rare que les jeunes mères se retrouvent dans une situation de monoparentalité : réalité en contradiction avec l'idée, entretenue par des adolescentes, selon laquelle la venue d'un enfant serait le gage d'une relation durable avec le père de ce dernier.

#### POUR LES ADOLESCENTS

Qu'en est-il, maintenant, de l'adolescent dont l'amie est enceinte ? Précisons d'abord qu'en moyenne, il est âgé de deux à trois ans de plus que sa compagne<sup>34</sup> et, le plus souvent, la grossesse constitue pour lui un accident de parcours, et non l'aboutissement d'un désir de paternité<sup>35</sup>. Malheureusement, le manque d'études sur le désir de paternité chez l'adolescent nous empêche actuellement d'approfondir ce thème. D'où l'importance, dans le contexte de vos interventions, que les filles et les garçons puissent s'exprimer également, afin de mettre en lumière les différentes réactions possibles. On peut néanmoins citer, à titre d'exemple, une étude (publiée en 2006) de Josée Blais<sup>36</sup>. Pour les garçons interrogés, l'IVG constituerait la seule avenue possible en cas de grossesse de leur amie; ils ne semblent même pas envisager que celle-ci pourrait décider de garder l'enfant.

D'autres études, cette fois réalisées auprès de jeunes pères, soulèvent que la majorité d'entre eux éprouveraient un fort sentiment d'obligation à l'endroit de leur compagne et de leur enfant<sup>37</sup>. Pour certains, l'enfant sera même perçu comme une « continuité », un « accomplissement concret<sup>38</sup> » ou, plus encore, comme une motivation à être plus présent que l'a été leur propre père<sup>39</sup>.

Cependant, comme le souligne Charbonneau (1999), il n'est pas rare que le jeune père quitte sa compagne dans les premières années suivant l'accouchement. Le fait que la décision finale sur l'issue de la grossesse revienne à la future mère contribuerait, entre autres, à ce désengagement du jeune père. Les sentiments d'isolement et de

confusion liés à son exclusion du processus décisionnel conduiraient le jeune homme à se désister davantage de ses responsabilités parentales<sup>40</sup>. Bunting et McAuley (2004)<sup>41</sup> précisent pour leur part que les filles et les garçons ont des visions différentes de l'engagement du père. Ainsi, le jeune homme dira qu'il ressent une résistance de la mère face à son engagement alors que celle-ci associera les difficultés d'engagement du père à un désintéret. Ici, ce qui prend l'allure d'un désengagement peut être le résultat d'un malaise à exprimer ses sentiments<sup>42</sup> ou encore, il est possible que le jeune père ait une conception floue de la paternité et de la famille<sup>43</sup>. En outre, des garçons ignorent qu'ils sont pères ou sont tenus à l'écart de l'enfant à la suite de la séparation avec la jeune mère. Ces situations peuvent être interprétées comme un désinvestissement de la part des jeunes pères au regard de leur enfant et de leur partenaire.

Pour plusieurs adolescents, la paternité signifie principalement être responsable face à son enfant, et ce, tant sur le plan financier qu'affectif<sup>44</sup>. Lorsqu'ils décident de s'engager financièrement, des jeunes pères troquent leur statut d'étudiant pour celui de travailleur<sup>45</sup>. À cet égard, s'il faut sensibiliser les filles comme les garçons à l'importance de l'engagement des pères, il faut également attirer leur attention sur les stéréotypes de genres, en vertu desquels le rôle « émotif » échoit à la mère tandis que la dimension pratique, et financière en particulier, est dévolue au père. Non seulement ces clivages ne sont pas garants d'un véritable partenariat parental, mais encore ils peuvent démotiver les adolescents dans la relation à leur partenaire et à leur enfant.

Ces nouvelles responsabilités familiales sont une source importante de stress pour le garçon, et peuvent même l'amener à fuir son rôle de père. Ses angoisses sont principalement rattachées « à la paternité, aux responsabilités financières, à la poursuite de sa scolarisation et celle de la mère ainsi qu'au lieu de résidence<sup>46</sup> ». Selon Miller (1997; cité dans Bunting et McAuley, 2004), des jeunes pères décident de mettre fin à leur engagement parental en raison de différends avec leur belle-famille. L'engagement du père dépendrait donc non seulement de sa relation avec sa compagne, mais aussi de sa relation avec les familles (la sienne et celle de sa compagne), de sa capacité à gérer son rôle parental parallèlement à celui d'adolescent<sup>47</sup>, de son niveau de scolarité, de ses conditions de travail et de sa situation économique<sup>48</sup>.

#### ADOLESCENCE ET PARENTALITÉ : LORSQUE CES DEUX ÉTAPES DE VIE SE CROISENT

Devenir parent constitue une étape cruciale qui nécessite une adaptation sur plusieurs plans, alors que l'adolescence constitue déjà en soi une période de transition majeure, soit celle entre le monde de l'enfance et le monde adulte.

D'une part, nous pouvons soupçonner les répercussions des transformations physiques de la grossesse sur la perception de l'image corporelle des adolescentes, alors que celles-ci sont grandement influencées par les critères de beauté véhiculés par la société et les médias, ces critères s'attachant beaucoup plus au *paraître* qu'à

31. CHARBONNEAU, 1999.

32. RICHARDSON, BENHAM BARBOUR et BUBENZER, 1999; cités dans MARION et HOME, 2000.

33. ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC et UNIVERSITÉ LAVAL, 1997, p. 5.

34. ROBINSON, 1988; cité dans ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC et UNIVERSITÉ LAVAL, 1998, p. 2.

35. ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC et UNIVERSITÉ LAVAL, 1998.

36. En raison de l'échantillon réduit de cette étude, composé de six garçons d'une école de la ville de Québec âgés de 16-17 ans, les résultats obtenus ne peuvent être généralisés à l'ensemble des garçons du Québec.

37. BARRET et ROBINSON, 1982; cités dans ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE et UNIVERSITÉ LAVAL, 1998, et LETENDRE et DORAY, 1999.

38. ROBINSON, 1988; cité dans ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE et UNIVERSITÉ LAVAL, 1998.

39. BUNTING et MCAULEY, 2004.

40. ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC et UNIVERSITÉ LAVAL, 1998.

41. Ces auteurs font référence à l'étude de L.M. Rhein et coll., 1997.

42. ALLEN-MEARES, 1984; cité dans DESLAURIERS et RONDEAU, 2004, p. 107.

43. DESLAURIERS et RONDEAU, 2004, p. 101.

44. BUNTING et MCAULEY, 2004.

45. DESLAURIERS et RONDEAU, 2004, p. 103.

46. ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC et UNIVERSITÉ LAVAL, 1998, p. 4.

47. Id., p. 14.

48. DESLAURIERS et RONDEAU, 2004, p. 102.

*l'être*. Un paraître idéalisé qui ne correspond ni aux transformations physiques de l'adolescence, ni à celles de la grossesse. Ainsi, de jeunes mères ont de la difficulté à s'intéresser à la vie scolaire, compte tenu de leurs transformations physiques et psychologiques qui les tiennent à l'écart du groupe<sup>49</sup>.

D'autre part, déjà que l'adolescence est le moment d'une première quête identitaire, les jeunes parents sont quant à eux non seulement des adolescents devant assumer des responsabilités et des obligations d'adultes, mais aussi des femmes et des hommes *en devenir* appelés à s'investir rapidement dans leurs rôles de conjoint, de mère et de père. Cela sans compter qu'ils devront certainement concilier études et travail, ou se verront choisir entre les deux. Il est donc important d'informer les jeunes des conséquences possibles de la grossesse/parentalité à l'adolescence.

Pour les filles comme pour les garçons, le rôle de parent peut provoquer un tiraillement « entre leur besoin d'indépendance et leur sentiment d'obligation<sup>50</sup> ». Il reste que le grand défi des jeunes parents consiste à s'acquitter, parallèlement à la satisfaction de leurs propres besoins d'adolescents, de responsabilités diverses, dont la principale est de répondre aux besoins de l'enfant. Puisque, dans ses premières années de vie, l'enfant est entièrement dépendant de ses parents,

ces derniers ont pour mission de s'engager et de se dévouer de façon à contribuer au bon développement psychoaffectif et physique du bébé. Ainsi, les jeunes parents doivent mettre de côté leurs tendances égocentriques (typiques de l'adolescence) pour faire place à l'altruisme (typique du rôle parental). Il devient alors difficile pour eux de définir leur identité, car ils n'appartiennent plus entièrement au monde de l'adolescence, et pas encore de plain-pied au monde adulte. Selon Poissant (2002), l'adaptation à cette nouvelle vie dépend de l'équilibre que les jeunes parviendront à établir entre leurs obligations parentales et leurs besoins d'adolescents.

### LES DÉFIS DES JEUNES PARENTS

En somme, la période de l'adolescence comporte des éléments pouvant à la fois faciliter et compliquer le rôle de parent, comme le montre le tableau 2.

Tous ces éléments de complications possibles font de la parentalité adolescente un défi de taille, mais il ne faudrait pas oublier que certains jeunes s'en tirent fort bien. Ainsi, sans édulcorer la réalité, l'intervention préventive auprès des jeunes ne devrait pas attirer leur attention uniquement sur le nombre d'éléments de complications et ne devrait pas les amener à croire, non plus, que le vécu de tous les jeunes parents correspond à chacun des éléments présentés dans le tableau 2.

**TABLEAU 2 ÉLÉMENTS SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER LA VIE DES JEUNES PARENTS<sup>51</sup>**

Les éléments facilitateurs et de valorisation	Les éléments de complications
<p>L'énergie et la vitalité propres à la jeunesse.</p> <p>Émergence d'un sens à la vie : fierté ou bonheur de donner la vie, projets d'avenir, arrivée d'une présence stable et lien affectif permanent avec l'enfant<sup>52</sup>.</p> <p>Développement de son autonomie et de sa maturité en raison des nombreuses responsabilités<sup>53</sup>.</p> <p>Moment propice à l'adoption de meilleures habitudes de vie<sup>54</sup>. Par exemple : prise de conscience de son niveau de santé, de l'effet de son alimentation ou de sa consommation de drogue<sup>55</sup> ou d'alcool sur soi-même et sur l'enfant à naître.</p> <p>Sentiment d'accéder à un statut reconnu socialement.</p>	<p>Conciliation travail/études/enfant ou études/enfant (risque plus élevé d'absentéisme ou de décrochage scolaire).</p> <p>Précarité économique (risque plus élevé de monoparentalité et de dépendre des prestations sociales).</p> <p>Plusieurs facteurs de stress : pleurs du bébé, sommeil entrecoupé, fatigue accumulée, perte de liberté personnelle, difficultés à établir un lien avec l'enfant, difficultés d'adaptation à la vie de couple, ajustements relationnels avec ses propres parents<sup>54</sup>, transformations psychologiques, transformations physiques (chez la fille), obligation de faire un budget et de préparer quotidiennement des repas sains, etc.</p> <p>Risque plus élevé de dépression (relié aux facteurs de stress ci-dessus ou encore à des désillusions quant au rôle de parent, par exemple).</p> <p>Manque de connaissances sur les pratiques parentales ainsi que sur le développement et les besoins de l'enfant dans ses premières années de vie. À cet égard, il convient de souligner que le jeune âge des parents est l'un des facteurs qui augmentent le risque, pour l'enfant, d'éprouver des problèmes de comportement et des retards de développement<sup>57</sup>.</p> <p>Sentiment de malaise ou de rejet engendré par les préjugés et la discrimination de la part des amis, de la famille et de la société en général.</p> <p>Désengagement possible du partenaire<sup>58</sup>.</p> <p>Davantage de risques de complications pendant la grossesse et l'accouchement pour les adolescentes âgées de moins de 15 ans et pour celles qui n'ont pas de suivi médical.</p> <p>Davantage de risques d'avoir un bébé né avant terme ou de petit poids.</p>

49. LÉGARÉ, GAGNON et MAILLOUX, 1999, p. 72.

50. MARION et HOME, 2000, p. 40.

51. Ce tableau est inspiré en grande partie de celui de DUROCHER et FORTIER (1999). Nous avons classé les propos de différents auteurs selon qu'ils se rattachent à l'une ou l'autre des deux colonnes du présent tableau.

52. DUFORT, GUILBERT et SAINT-LAURENT (2000).

53. Id.

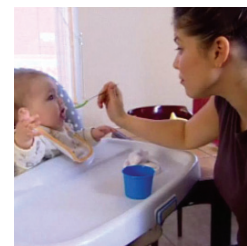
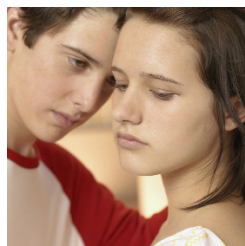
54. DESLAURIERS et RONDEAU, 2004, p. 109.

55. DUFORT, GUILBERT et SAINT-LAURENT (2000).

56. Id.

57. BONNEAU et coll. (2001).

58. DUFORT, GUILBERT et SAINT-LAURENT (2000).



### SENSIBILISATION, PRÉVENTION ET INTERVENTION : LA CONTRIBUTION DE DIVERS ACTEURS

En tant que guides et accompagnateurs, nous, parents, infirmières, enseignants, intervenants du milieu communautaire, sexologues, psychologues, psycho-éducateurs, etc., pouvons ressentir de l'impuissance devant le désir ou la décision des adolescents de devenir parents. Cependant, notre rôle n'est pas de les convaincre de notre opinion personnelle, mais bien de les écouter, de les respecter, de leur fournir une information juste, honnête et sans préjugés, et de les aider à développer des habiletés de prise de décision qui leur permettront de faire des choix non seulement éclairés, mais aussi en accord avec eux-mêmes.

Pour les parents d'adolescents, il peut leur sembler plus difficile d'assumer ce rôle, principalement en raison du lien émotif qui les unit à leurs enfants, et parce qu'ils sont inévitablement appelés à réfléchir à leur futur rôle de grands-parents. Il est néanmoins souhaitable que ceux-ci discutent de la parentalité adolescente avec leurs enfants afin de communiquer leurs opinions, leurs expériences, leurs connaissances, leur volonté, etc., et aussi leurs propres limites quant à cette réalité. Par exemple, parents et enfants devraient se demander qui seraient les « vrais parents »<sup>59</sup> advenant une grossesse. La possibilité de telles discussions dépend évidemment de la qualité des relations et de la communication parents-adolescents ainsi que des valeurs et représentations relativement à la sexualité, celles-ci variant selon les familles, l'origine ethnique, le milieu socioéconomique, etc. Par exemple dans telle famille, valorise-t-on une parentalité relativement précoce? Et dans telle autre, la relation sexuelle est-elle une activité niée, considérée comme taboue par les parents<sup>60</sup>?

### LA PRÉVENTION DE LA GROSSESSE PAR UNE ACTION GLOBALE ET CONCERTÉE

Des faits évoqués, nous pouvons déduire que la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des grossesses auprès des adolescents, le soutien et l'intervention auprès des jeunes parents doivent s'effectuer de façon non seulement **globale**, mais aussi **concertée**. La *globalité*<sup>61</sup> implique que la sensibilisation, la prévention des grossesses à l'adolescence, l'intervention et le soutien aux jeunes parents doivent s'appuyer autant sur des facteurs liés à l'individu (estime de soi, comportements sains et sécuritaires, etc.) que sur des facteurs liés à l'environnement (école, famille, communauté et services disponibles). Quant à la *concertation*<sup>62</sup>, elle renvoie à la collaboration, à la cohérence ainsi qu'à la coordination des actions mises en œuvre par le réseau scolaire, le réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires.

### EN CONCLUSION

Au thème du désir de grossesse à l'adolescence sont associés une foule de sentiments, d'émotions, d'opinions et de jugements, de même que des valeurs et des questionnements d'ordre moral. Par conséquent nous devons d'abord, dans nos activités de prévention, laisser les jeunes s'exprimer afin de dégager ce que le désir de grossesse à l'adolescence peut porter d'espoir de changements, de résolution de problèmes ou encore d'accomplissement<sup>63</sup>. Notre rôle est aussi de sensibiliser ces jeunes aux différentes motivations que recèle le *désir d'enfant* à l'adolescence et aux *choix possibles devant une grossesse*. Les interventions en prévention visent ainsi à amener les adolescents à prendre conscience qu'une grossesse peut être cause de dilemmes douloureux pour les partenaires touchés, et que la parentalité ne devrait pas être perçue comme étant LA solution à des difficultés. C'est alors que s'impose une réflexion où les valeurs des jeunes, leurs besoins, leurs attentes, leurs manques, les ressources et moyens dont ils disposent, leurs comportements en matière de contraception, leurs projets de vie sont mis en relation avec les éléments facilitants et de complications pouvant être associés à la réalité de la parentalité adolescente. La démonstration d'une cohérence entre ces différents aspects pourrait aider les adolescents à comprendre ce qu'est un choix « éclairé » lorsqu'il s'agit de décider d'avoir ou non un enfant. Les interventions en prévention sont aussi des occasions d'échanges dont on devrait profiter pour interpellier les garçons, solliciter leur point de vue sur la grossesse et la parentalité adolescentes. Après tout, les garçons comme les filles doivent savoir qu'ils ont chacun la possibilité de s'approprier leur pouvoir quant au choix de devenir parent ou non, et ce, dès qu'ils s'engagent dans une sexualité active hétérosexuelle. D'où la nécessité d'accorder une attention d'égle importance aux adolescents des deux sexes au cours des activités de sensibilisation et de prévention des grossesses.

59. DESLAURIERS et RONDEAU, 2004, p. 105.

60. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE, 2003, p. 5.

61. MARTIN et ARCAND (2005).

62. Id.

63. HAMANN (2002).



# Pour les intervenants du milieu scolaire

Des activités de sensibilisation et de prévention relativement au désir d'enfant et à la grossesse à l'adolescence peuvent être réalisées dans le cadre du Programme de formation de l'école québécoise. Le tableau suivant présente les liens que nous avons établis entre les différents domaines de ce programme et le thème de la grossesse à l'adolescence. Enfin, c'est en se concertant au sein de l'équipe école que les enseignants de diverses disciplines pourront déterminer, une fois cette thématique choisie, dans quelle mesure ils contribueront à la prévention des grossesses à l'adolescence.

## DOMAINES GÉNÉRAUX DE FORMATION

### *Santé et bien-être*

En plus d'amener l'élève à se responsabiliser en matière de comportements sexuels, le thème de la grossesse à l'adolescence lui permettra :

- **de prendre conscience de ses besoins fondamentaux d'ordre physique, affectif et intellectuel** (besoins pouvant motiver le désir d'enfant, influencer son choix devant une grossesse, l'inciter à opter pour d'autres projets de vie que la parentalité, etc.) ;
- **de prendre conscience des conséquences de ses choix personnels sur sa santé et son bien-être** (conséquences qu'ont une vie sexuelle active, l'utilisation ou la non-utilisation de méthodes de contraception et de protection, la poursuite ou l'interruption de la grossesse, la parentalité ou l'adoption, etc.) ;
- **de réfléchir sur l'adoption de comportements sexuels sécuritaires.**

### *Orientation et entrepreneuriat*

En plus d'amener l'élève à entreprendre et à mener à bien des projets axés sur la réalisation de soi et l'insertion dans la société, le thème de la grossesse à l'adolescence lui permettra :

- **d'acquérir une conscience de soi, de son potentiel et de ses modes d'actualisation** (aspirations personnelles et professionnelles, motivations, champs d'intérêt, etc.) **par rapport à ce qu'exige la réalité de jeunes parents** (visualisation de soi dans un rôle de parent).

### *Vivre-ensemble et citoyenneté*

En plus d'amener l'élève à développer une attitude d'ouverture et de respect de la diversité, le thème de la grossesse à l'adolescence lui permettra :

- **de réfléchir sur sa relation aux autres (dont son partenaire amoureux) et de prendre conscience de l'apport de chacun des partenaires dans la relation intime et les exigences de celle-ci**, soit les responsabilités en matière de communication, d'engagement personnel, de contraception et de protection, les responsabilités parentales chez les jeunes parents, etc.
- **de prendre part au processus décisionnel** quant à l'issue de la grossesse, **à des débats et à l'argumentation sur le sujet.**

## DOMAINES D'APPRENTISSAGE

### *Domaine du développement personnel*

Le thème de la grossesse à l'adolescence fait appel à plusieurs valeurs et attitudes propres à une démarche de questionnements sur soi et sur les relations interpersonnelles, soit : l'engagement, l'affirmation de soi, l'égalité, la dignité, le sens des responsabilités, l'ouverture d'esprit, le respect des différences et des choix des autres et, bien sûr, le souci de soi et de l'autre. Ainsi, dans le cadre du cours d'**enseignement moral**, l'élève sera amené :

- à **se construire un référentiel moral** où il mettra en relation le désir d'enfant et la réalité de la grossesse/parentalité adolescente avec les différents repères moraux pertinents (exigences, valeurs, motivations, conséquences, etc.), pour ensuite être en mesure de débattre de cette réalité (explication et définition des différents repères moraux en jeu) et d'en dégager les conséquences ;
- à **se situer, de façon réfléchie**, au regard, entre autres, du désir de grossesse à l'adolescence, des choix possibles devant une grossesse (parentalité, adoption ou IVG), des conséquences de ses choix sur ses projets de vie et de la responsabilité des deux sexes dans une sexualité partagée ;
- à **pratiquer un dialogue moral**, au moyen de débats, de travaux d'équipe, de présentations orales ou autres, vis-à-vis des enjeux moraux pouvant être soulevés par le thème de la grossesse à l'adolescence. Ainsi, l'élève devra manifester une sensibilité à soi et à l'autre, faire preuve d'une pensée critique et créatrice, participer activement aux discussions de groupe et avoir le souci d'intervenir de façon non seulement pertinente, mais aussi cohérente et respectueuse.

### *Sciences et technologies*

L'élève sera amené à enrichir sa culture scientifique et technologique par l'entremise de l'explication des rôles et procédés des méthodes contraceptives, du condom, de l'IVG, etc.

### *Français, langue d'enseignement*

L'élève sera amené à écrire différents types de textes sur la grossesse à l'adolescence et à communiquer oralement sur ce sujet.

### *Mathématique*

L'élève sera amené à appliquer un raisonnement mathématique (interpréter des statistiques sur la grossesse à l'adolescence), à résoudre des problèmes en rapport avec la grossesse à l'adolescence (ex. : faire un budget) et à communiquer ses conclusions à l'aide du langage mathématique appris.

## DOMAINE DES ARTS

### *Art dramatique*

L'élève sera appelé à créer une œuvre dramatique à partir d'une situation reliée à la grossesse adolescente.

### *Arts plastiques*

L'élève sera appelé à créer une image personnelle (collage) illustrant des projets de vie sur les plans social, affectif, professionnel, économique, des loisirs ou autre, tout en établissant des liens avec le désir d'enfant et la réalité de la parentalité adolescente.

# Activités pédagogiques

Les activités proposées répondent principalement aux compétences transversales suivantes :

## Compétences d'ordre intellectuel

- Compétence n° 1 : Exploiter l'information
- Compétence n° 3 : Exercer son jugement critique

## Compétences d'ordre personnel et social

- Compétence n° 7 : Actualiser son potentiel

## Compétences de l'ordre de la communication

- Compétence n° 9 : Communiquer de façon appropriée

## ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES PROPOSÉES POUR DES JEUNES DE 4<sup>E</sup> ET 5<sup>E</sup> SECONDAIRE

Nous vous proposons quelques activités de sensibilisation et de prévention à réaliser avec vos jeunes en ce qui a trait au désir de grossesse et à la parentalité à l'adolescence. Il s'agit évidemment de choisir celles qui correspondent le mieux aux besoins et aux caractéristiques de chacun de vos groupes ainsi qu'à vos objectifs pédagogiques, et ce, compte tenu du temps dont vous disposez. Il vous est donc possible de modifier l'ordre des activités tel que présenté, de sélectionner des activités en fonction de leurs objectifs d'apprentissage ou encore, de réaliser une même activité dans le cadre de deux domaines distincts, mais complémentaires. Enfin, pour démarrer une première rencontre en éducation à la sexualité, nous vous conseillons fortement de vous en référer aux « Dix règles de fonctionnement pour une intervention en matière de sexualité » du document intitulé *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*<sup>64</sup>.

1

Lire au groupe la mise en situation de la page 2 au sujet d'Audrey.

2

Demander aux jeunes de former des équipes mixtes de trois ou quatre.

## QUESTIONS PROPOSÉES POUR L'ACTIVITÉ 1

A

**Selon vous, qu'est-ce qui peut amener Audrey à penser qu'il serait bien pour elle d'avoir un enfant à 15 ans (circonstances, besoins, attentes) ?**

Notes à l'intervenant pour le retour en plénière

### Motifs pour Audrey :

- difficultés scolaires ;
- difficultés relationnelles avec les parents ;
- besoin d'être aimée et d'aimer (avoir un enfant à aimer et qui donnera de l'amour à son tour) ;
- vivre un défi ;
- anticipation d'une meilleure vie sans conflits dans une bulle familiale heureuse composée de son copain et de l'enfant.

### Autres motifs de vouloir un enfant pour les adolescentes en général<sup>65</sup> :

- être convaincue que l'arrivée de l'enfant solidifiera le lien avec le partenaire,
- croire que l'arrivée de l'enfant comblera un vide affectif,
- expérience antérieure d'IVG (la culpabilité alimente le désir de remplacer le « bébé perdu »),
- avoir été victime de sévices sexuels (l'enfant à naître est perçu comme une sorte de compensation du traumatisme)<sup>66</sup>.

En outre, dans certains cas, la poursuite de la grossesse se présente comme la seule option acceptable ou possible : lorsque l'adolescente a une vision fortement négative de l'IVG ou lorsque la grossesse est trop avancée pour être interrompue (au Québec, l'IVG se pratique jusqu'à la 22<sup>e</sup> semaine de grossesse).

64. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, 2003, p. 39-40.

65. L'intervenant n'est pas invité d'emblée à souligner l'ensemble des « autres motifs ». Il est possible de les introduire si le sujet est amené spontanément par un jeune ou encore, d'évaluer la pertinence d'aborder ces sujets en fonction de la maturité du groupe et/ou de son propre niveau d'aisance comme intervenant.

66. Préciser qu'il est important de demander de l'aide professionnelle suite à une agression sexuelle et suite à une IVG vécue difficilement, car ces événements peuvent avoir plusieurs conséquences dont une prédisposition à vivre une grossesse à l'adolescence (désir d'un avenir meilleur). Toutefois, le désir d'un avenir meilleur n'est pas nécessairement synonyme de vouloir « devenir parent ».

# Désirer un enfant à l'adolescence : qu'est-ce que ça veut dire ? qu'est-ce que ça implique ?

## ACTIVITÉ 1

### DURÉE

75 minutes

### OBJECTIFS

- Réfléchir sur le désir d'enfant et la parentalité à l'adolescence.
- Établir les facteurs qui prédisposent à une grossesse à l'adolescence (motivations/comportements/attitudes/événements/circonstances).
- Comparer les exigences de la parentalité avec les attentes des adolescents quant à cette réalité.

3

Remettre une copie de la mise en situation de la page 2 à chaque jeune avec les questions A, B et C ci-dessous.

4

Présenter les questions A, B et C ci-dessous une à une, en suivant l'ordre proposé. Pour chaque question, les équipes ont un maximum de 10 minutes pour discuter et trouver des éléments de réponses.

5

Revenir en plénière pendant 10 minutes pour chaque question.

6

Conclure en reprenant les éléments à retenir de cette rencontre (10 minutes).

B

**Selon vous, quels sont les comportements et les attitudes d'Audrey qui la rendent susceptible de devenir enceinte ?**

Notes à l'intervenant pour le retour en plénière

**Comportements et attitudes prédisposant Audrey à une grossesse :** des relations sexuelles avec son partenaire, l'utilisation irrégulière d'un moyen contraceptif, l'absence de protection et la pensée magique.

Partant de ces éléments, démontrez comment les attitudes et les comportements d'Audrey en matière de contraception deviennent en quelque sorte une planification, même si elle ne dit pas comme tel qu'elle planifie une grossesse. En fait, il s'agit d'initier les jeunes à la notion de désir « ambivalent » où, bien qu'Audrey ne planifie pas de grossesse, elle ne se protège pas et se perçoit comme une victime de la fatalité (« Si ça devait m'arriver, c'est parce que ce serait ma destinée... »). À cet égard, se référer à la section « Avoir un enfant à l'adolescence : *désir* ou *besoin* ? » à la page 4, et plus particulièrement à la catégorie « accident désiré » de l'étude de Hamann (2002).

Bien que la mise en situation ne nous renseigne pas sur les comportements et les attitudes du copain d'Audrey, n'hésitez pas à solliciter les garçons en leur posant les questions ci-dessous (on trouvera des pistes de réponses dans la conclusion ci-contre).

### Questions destinées aux garçons :

- Le copain d'Audrey devrait-il être au courant des intentions de cette dernière ? Comment pourrait-il l'être ?
- Devrait-il s'intéresser à la prise régulière des contraceptifs oraux de sa copine ? Et la protection (condom) ? Est-ce une affaire de garçons ou des deux sexes ?
- Croyez-vous qu'il pense comme Audrey, qu'il voudrait avoir un enfant maintenant ? Si non, comment pourrait-il s'assurer de ne pas devenir père maintenant ?

C

**Présenter aux participants un tableau comme celui ci-dessous et leur demander de le compléter.**

Sources de motivation d'Audrey	Réalité de la grossesse et de la parentalité adolescentes	
	Éléments facilitants	Éléments de complications
Besoins et attentes au regard d'une grossesse		

Notes à l'intervenant pour le retour en plénière

Pour exposer la « réalité de la grossesse et de la parentalité adolescentes », utilisez le tableau de la page 7 qui en présente, d'une part, les **éléments facilitants et de valorisation** et, d'autre part, les **éléments de complications**. En ce qui concerne les sources de motivation d'Audrey, vous pouvez mettre en relation son projet de carrière (devenir vétérinaire) avec le risque élevé de décrochage scolaire que comporte la grossesse adolescente. De plus, vous pouvez mettre en perspective le désir d'Audrey d'une meilleure vie de famille avec le fait que les jeunes parents risquent de se retrouver en situation de monoparentalité ou d'avoir des conflits avec la famille et les amis.

## CONCLUSION

Résumer les objectifs d'apprentissage visés par cette activité en précisant que, du désir d'enfant à la parentalité, les risques de déception sont grands. Non que la grossesse adolescente soit mauvaise en soi, mais parce que celle-ci ne peut être investie comme un moyen de solutionner des difficultés. Audrey, tout comme certains adolescents et adultes, éprouve un « besoin d'enfant » : elle perçoit l'arrivée d'un enfant dans sa vie comme LA solution à des problèmes, comme le moyen d'accéder à un avenir meilleur. La grossesse n'est pas anticipée comme ce qu'elle est, c'est-à-dire un événement duquel découlent à la fois des joies et des difficultés et surtout, un véritable don de soi où les besoins du parent passeront souvent après ceux de l'enfant. Il importe donc de conscientiser les adolescents aux réalités que sont la grossesse et la parentalité, car elles représentent un véritable défi pour les jeunes parents.

- Souligner l'importance de la communication entre les partenaires amoureux, car la grossesse de la fille implique que le garçon pourrait devenir père. Or, l'un des deux partenaires peut désirer devenir parent sans que ce soit le cas pour l'autre.
- Insister sur le fait que la contraception comme la protection revêt de la responsabilité des deux personnes qui partagent leur sexualité ! Rappel en fin que le seul moyen pour un jeune homme de s'assurer de ne pas devenir père est d'utiliser le condom et de s'intéresser à la contraception de sa partenaire. De cette façon, chacun s'approprie son pouvoir quant au choix de devenir parent ou non.

## ACTIVITÉ 2

## Et mes objectifs de vie dans tout ça ?

**DURÉE**2 rencontres  
de 75 minutes**OBJECTIFS**

Faire prendre conscience aux jeunes des répercussions de la parentalité adolescente à travers leurs objectifs de vie (la présence d'objectifs de vie précis pouvant être un facteur protecteur contre les grossesses adolescentes).

- Les amener à se fixer des objectifs de vie à court, moyen et long terme (1<sup>re</sup> rencontre).
- Les amener à établir les répercussions de l'arrivée d'un enfant sur leurs objectifs de vie (2<sup>e</sup> rencontre).

En milieu scolaire, ces rencontres peuvent faire l'objet d'activités midi (hors classe), d'une exposition dans l'école, voire d'un concours pour chacune des classes visées (secondaire 4 et 5).

## PREMIÈRE RENCONTRE

1

Distribuer à chaque participant un grand carton sur lequel il devra réaliser un collage bien spécial (soit celui de son image personnelle). À cette fin, fournir le matériel de bricolage nécessaire, dont des magazines dans lesquels les élèves pourront découper des images et des mots.

2

Spécifier aux jeunes que leur carton (image personnelle) devra être divisé en fonction des différentes sphères de leur vie : familiale, économique, affective, professionnelle (études et carrière future), loisirs, etc.

3

Demander aux jeunes d'y représenter leurs projets pour chacune des sphères de leur vie, et ce, sous formes d'images, de mots ou de dessins.

4

Préciser aux jeunes qu'ils ont 30 minutes pour réaliser le collage. Au besoin, leur offrir la possibilité de terminer le collage en dehors de l'horaire prévu pour cette rencontre.

5

Présentation orale des projets de vie de chaque jeune (35 minutes au total). Ces présentations peuvent être faites dans les cours de français ou d'anglais (langue seconde).

6

Pour finir, donner les consignes pour la prochaine rencontre (5 minutes) : demander aux jeunes de réfléchir aux changements qu'ils devraient apporter à leurs projets de vie advenant l'arrivée d'un enfant.

## SECONDE RENCONTRE

1

Réunis en équipes non mixtes, les participants discutent à tour de rôle des changements qu'ils devraient apporter à leurs projets de vie advenant l'arrivée d'un enfant (25 minutes).

2

Retour en plénière : les garçons parlent d'abord et les filles après, ou inversement, afin de mettre en évidence les différences de perceptions entre les garçons et les filles (40 minutes).

**Question de plénière :**  
**Qu'est-ce qui ressort de vos échanges ?**

**Canevas de questions supplémentaires pour la plénière**

- Avec l'arrivée d'un enfant dans votre vie actuelle :
  - quelle concession serait la plus facile à faire pour vous ?
  - quelle concession serait la plus difficile à faire pour vous ?
- Vous sentez-vous prêt/prête à avoir un enfant maintenant ? Expliquez.
- À la lumière de cette discussion, relevez-vous des différences de perceptions entre les garçons et les filles ? lesquelles ? pourquoi selon vous ?
- Que retenez-vous de l'ensemble de cette activité (les deux rencontres) ?

**Note à l'intervenant**

Proposez aux jeunes de poursuivre la discussion entre amis et partenaires afin de découvrir les divergences d'opinions, de pensées, d'objectifs de vie, etc., en rapport avec la parentalité adolescente ; insistez sur l'importance que ces échanges se fassent dans le respect.

3

**Conclusion** (10 minutes).

Au-delà des joies de la parentalité, il y a aussi d'importantes concessions à faire. Concessions qui, souvent, consistent à prioriser les besoins de l'enfant et à reléguer au second plan ses propres besoins. Cela constitue le principal défi des jeunes parents, soit parvenir à un équilibre entre leurs besoins d'adolescents et leur rôle de parent. En effet l'adolescence, située entre le monde de l'enfance et le monde adulte, est une période où les jeunes commencent à prendre conscience de leurs besoins, à vouloir les satisfaire par eux-mêmes, et ce, en se donnant des objectifs de vie. La parentalité adolescente impose donc d'assumer des responsabilités et des obligations d'adulte en plus de s'investir rapidement dans un rôle de conjoint et de parent. Leur nouvelle réalité oblige nombre de jeunes parents à concilier études et travail ou encore, à délaisser leurs études au profit d'un emploi. C'est ainsi que de jeunes parents mettent en veilleuse, voire abandonnent certains projets de vie afin de pouvoir assurer le bien-être d'un enfant qui, pendant plusieurs années, sera totalement dépendant d'eux. Enfin, les jeunes mères courent un risque élevé de se retrouver en situation de monoparentalité, alors que plusieurs d'entre elles croient que l'arrivée d'un enfant vient souder le couple pour la vie.

# Et si ça m'arrivait à moi ?

Inspirée de l'organisme S.O.S. Grossesse

**DURÉE**  
65 minutes

**OBJECTIFS**  
Sensibiliser les adolescentes et les adolescents au vécu affectif et à la notion de responsabilité en rapport avec la grossesse à l'adolescence.

- Faire ressortir les sentiments que suscite l'éventualité d'une grossesse.
- Amener les garçons et les filles à reconnaître leurs responsabilités au regard de la grossesse.

## ACTIVITÉ 3

1

**Introduction** (10 minutes). Lire la mise en situation de la page 2 au sujet d'Audrey en ajoutant : « Après la conversation avec son amie, Audrey décide de parler de ses oublis de contraceptifs oraux et de son désir d'avoir un enfant à son copain en revenant de l'école. Celui-ci lui précise qu'il souhaite avoir des enfants un jour, mais qu'il n'a pas envie de devenir père maintenant. Il demande alors à Audrey de passer un test de grossesse le plus rapidement possible. Le soir même, Audrey et son copain achètent un test de grossesse à la pharmacie. À suivre. »

2

**Lire la consigne de l'activité**, qui se présente comme suit : « Imaginez que, tout comme Audrey et son copain, vous avez une sexualité active et qu'il vous arrive aussi de ne pas vous protéger adéquatement (pas de moyen contraceptif ni de condom). Les filles : vous décidez de passer un test de grossesse. Les garçons : vous accompagnez votre copine à l'occasion de ce test. »

3

Après avoir préalablement inséré dans des enveloppes scellées le résultat, positif ou négatif, d'un test de grossesse fictif, **distribuer une enveloppe à chaque participant**, en demandant aux filles d'imaginer qu'elles reçoivent leur propre résultat et aux garçons, d'imaginer qu'ils reçoivent le résultat du test de leur copine.

4

Avant que les participants découvrent le contenu de leur enveloppe, les faire **réfléchir aux deux éventualités** en leur demandant en plénière : « À quoi pensez-vous et comment vous sentez-vous dans l'anticipation du résultat ? »

5

**Lecture du résultat et exercice d'écriture** (15 minutes). Avant que les jeunes lisent leur résultat fictif, expliquer qu'à compter de ce moment, l'activité se déroule de façon individuelle et en silence. Ils doivent traduire au mieux, dans un texte écrit à la première personne, leurs sentiments et leurs pensées vis-à-vis du résultat du test de grossesse. On pourra faciliter l'introspection en mettant une musique d'ambiance calme et en remettant à chacun une feuille qui énumère différentes émotions. Préciser que le texte sera remis à l'intervenant et que les propos lus resteront confidentiels. De plus, à la suite de ses lectures, l'intervenant pourra, au besoin, orienter vers les services d'autres professionnels (psychologue, infirmière, sexologue, etc.) les jeunes qui le désirent.

6

**Plénière** (30 minutes). Demander aux participants de s'exprimer en grand groupe sur les *sentiments* et les *pensées* que leur a inspiré cet exercice au moyen des questions ci-dessous.

### Question 1

**En découvrant votre résultat, comment vous êtes-vous sentis (heureux/heureuse, déçu/déçue, nerveux/nerveuse, triste, surpris/surprise, soulagé/soulagée, etc.) ? Expliquez.**

### Question 2

**À quoi avez-vous pensé avant et pendant la découverte de votre résultat : à la réaction de votre partenaire ? à la réaction de vos parents ? à l'IVG ? à la poursuite de la grossesse ? aux répercussions de l'arrivée d'un enfant sur votre vie (familiale, scolaire, sociale, etc.) ? à la présence ou à l'absence de soutien dans votre entourage ? etc.**

*N.B. Les jeunes ne sont pas tenus de lire leur texte en grand groupe.*

### Question 3

**Quelle est la part de responsabilité d'Audrey et celle de son copain dans leur situation actuelle ? Expliquez.**

### Notes à l'intervenant pour la question 3

L'élément marquant de la relation d'Audrey et de son copain est le manque de communication en ce qui concerne la contraception, la protection et le désir d'avoir ou non un enfant maintenant. Or, il convient de rappeler que le jeune homme a aussi la responsabilité de s'intéresser à la contraception dans son couple. Cette activité n'a cependant pas pour but de désigner un coupable, mais bien de faire prendre conscience de la notion de co-responsabilité dans la sexualité partagée entre deux personnes.

7

**Conclusion** (10 minutes). Après avoir annoncé au groupe qu'Audrey est enceinte, l'intervenant fait un bref exposé en reprenant les points ci-dessous.

- *Le partage de sa sexualité avec une personne de l'autre sexe signifie que le garçon et la fille doivent tous deux assumer de nouvelles responsabilités en matière de contraception et de protection.*
- *Au Québec, on estime que 1 adolescente sur 13 deviendra enceinte avant l'âge de 18 ans et qu'à peu près 1 sur 5 le sera avant l'âge de 20 ans<sup>67</sup>.*
- *L'utilisation conjointe du condom, qui demeure la meilleure façon (après l'abstinence) d'éviter de contracter une ITS, et d'une méthode contraceptive comme la pilule constitue une double protection permettant aux deux partenaires d'exercer leur pouvoir de choisir le moment où ils décideront d'avoir un enfant.*
- *Même si la responsabilité de se protéger des grossesses non désirées incombe aux deux partenaires, la décision finale de poursuivre ou non une grossesse revient, elle, à la fille. Cela étant, lorsque deux personnes partagent ensemble leur sexualité, il importe qu'elles discutent de leurs projets de vie (dont celui d'avoir ou non un enfant). Chacun connaît ainsi les besoins de l'autre dans la relation. C'est d'autant plus important que le désir d'enfant de l'un n'est pas forcément partagé par l'autre.*

# Les choix devant une grossesse et leurs conséquences

## ACTIVITÉ 4

### DURÉE

65 minutes

### OBJECTIFS

Faire prendre conscience aux jeunes des choix possibles devant une grossesse et de leurs conséquences.

- Clarifier ce qu'impliquent la parentalité adolescente, l'adoption et l'interruption volontaire de grossesse (IVG).
- Présenter les ressources disponibles au regard des trois options possibles.

1

Inviter une, deux ou trois personnes-ressources pouvant expliquer les différentes possibilités devant une grossesse à l'adolescence. Par exemple : médecin, infirmière, sexologue, intervenant d'un organisme communautaire.

2

### Préalable

Avant la rencontre, demander aux jeunes de déposer dans une boîte (et sans les signer) leurs questions relativement à la parentalité adolescente, à l'adoption et à l'IVG. Ces questions seront soumises aux professionnels invités avant la rencontre afin qu'ils puissent apprécier le niveau de connaissance et les principales préoccupations des jeunes quant aux trois options discutées.

3

### Exposés des professionnels

Les caractéristiques de la parentalité adolescente, de l'adoption et de l'IVG sont présentées les unes après les autres. Sont ainsi abordées les procédures, les répercussions psychologiques, sociales et financières, les ressources d'aide pour les filles et les garçons, etc. Une période d'environ 15 minutes sera accordée pour la présentation de chacune des options.

4

### Plénière (15 minutes)

Les participants sont conviés à poser des questions aux professionnels invités.

### Notes à l'intervenant pour la plénière

Incitez autant les filles que les garçons à participer à la discussion. On sait par ailleurs que l'IVG constitue pour d'aucuns un sujet hautement émotif et peut facilement conduire, pour cette raison même, à un débat de style « pro-vie vs pro-choix ». Ainsi conviendrait-il que les personnes invitées usent d'une certaine circonspection en présentant les options possibles.

5

### Conclusion

Rappeler les trois options possibles lorsqu'une jeune fille devient enceinte : l'IVG, la parentalité ou l'adoption. Le choix peut s'avérer déchirant (dans le cas d'une grossesse non désirée), mais on s'évitera cette épreuve en utilisant un moyen de contraception, de protection (le condom). Reste que face à une grossesse, il importe que la décision finale s'avère un véritable « choix ». Que l'on prenne une décision éclairée, en somme. Il est donc impératif de connaître les trois options possibles et leurs conséquences, d'en soupeser les « pour » et les « contre », pour ensuite choisir la solution avec laquelle on estime qu'on se sentira le mieux. Cependant, comme la décision finale revient à la fille, il est possible que les deux partenaires soient d'avis divergents. En ce cas, le garçon et la fille ne doivent surtout pas hésiter à s'informer, auprès de personnes-ressources et d'organismes, sur les trois choix devant une grossesse et les droits et obligations qu'ils impliquent : histoire de mieux comprendre, de s'aider à prendre une décision, ou encore de mieux vivre avec la décision prise. À cette fin, distribuer les dépliants des différents organismes offrant de l'aide aux jeunes parents, des services d'IVG ou des services d'adoption (voir à la page 15).



## RESSOURCES DISPONIBLES EN MATIÈRE DE GROSSESSE À L'ADOLESCENCE

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont mis sur pied des cliniques jeunesse, des cliniques d'IVG ainsi que des services de soutien aux jeunes parents.

Les services de soutien aux jeunes parents mis en place dans les CSSS sont offerts dès la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse et se poursuivent de façon intensive jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 5 ans. Ils se traduisent notamment par des visites à domicile effectuées par une intervenante privilégiée d'un CSSS.

Des initiatives issues de la concertation de l'ensemble des ressources de la communauté permettent également de soutenir de façon efficace les jeunes parents et leur enfant.

Ces services visent notamment :

- à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des problèmes sociaux dont l'abus, la négligence et la violence envers les enfants ;
- à donner le soutien nécessaire aux jeunes familles afin de favoriser le développement optimal des enfants et améliorer leurs conditions de vie ;
- à prévenir et à réduire les difficultés d'adaptation sociale et les retards de développement des enfants ;
- à favoriser l'adoption de comportements sexuels sécuritaires et à planifier les naissances<sup>68</sup>.

Un programme d'accessibilité élargie à la **contraception orale d'urgence** a été mis en place au Québec. Il permet aux femmes d'obtenir les comprimés directement auprès du pharmacien, et ce, sans ordonnance médicale. Les services de consultation du pharmacien sont couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et par conséquent, gratuits pour toutes les femmes détentrices d'une carte d'assurance maladie. En outre, les infirmières en milieu scolaire peuvent maintenant prescrire la pilule contraceptive d'urgence. Pour plus d'information :

[\[msss.gouv.qc.ca\]](http://msss.gouv.qc.ca) (section **Problèmes sociaux/Grossesse à l'adolescence**)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC et UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL (2004), « La contraception orale d'urgence », *Le Petit Magazine de la formation personnelle et sociale*, hiver 2004, [en ligne]. [\[msss.gouv.qc.ca/itss\]](http://msss.gouv.qc.ca/itss) (section **Documentation/Professionnels de l'éducation/Le petit Magazine/La pilule contraceptive d'urgence**)



Pour des services d'écoute, d'information, d'accueil, de rencontres (individuelles, de couples ou avec les parents), l'obtention de tests de grossesse gratuits, l'orientation vers des ressources appropriées (cliniques d'avortement, cours prénataux, comptoirs alimentaires et vestimentaires, centres d'hébergement, etc.), consulter les organismes ci-dessous.

**Tel-Jeunes : Service d'intervention téléphonique et Internet**  
**1 800 263-2266**  
[www.teljeunes.com](http://www.teljeunes.com)

**S.O.S. Grossesse :**  
**418 682-6222 (région de Québec)**  
**1 877 662-9666 (sans frais)**  
[www.sosgrossesse.ca](http://www.sosgrossesse.ca)

**Grossesse Secours :**  
**514 271-0554 (région de Montréal)**  
[www.grossesse-secours.org](http://www.grossesse-secours.org)

**S.O.S. Grossesse Estrie :**  
**819 822-1181 (Sherbrooke et région)**  
**1 877 822-1181 (sans frais)**  
[www.sosgrossesseestrie.qc.ca](http://www.sosgrossesseestrie.qc.ca)

**Fédération du Québec pour le planning des naissances :**  
**514 866-3721**  
[www.fqpn.qc.ca](http://www.fqpn.qc.ca)

**La ligne parents : service d'intervention téléphonique et de soutien aux parents**  
**1 800 361-5085**

N'hésitez pas à vous renseigner auprès de votre centre de santé et de services sociaux (mission CLSC), ou encore auprès des personnes-ressources de votre école (infirmières, sexologues, travailleurs sociaux, psychologues, psycho-éducateurs, etc.) et d'organismes communautaires.

## SITES INTERNET SUR LA SEXUALITÉ

[msss.gouv.qc.ca/itss](http://msss.gouv.qc.ca/itss) - ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

[jcapote.com](http://jcapote.com) – ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

[teljeunes.com](http://teljeunes.com) – Tel-Jeunes, organisme communautaire

[elysa.uqam.ca](http://elysa.uqam.ca) – Elysa, Département de sexologie, UQAM

[santepub-mtl.qc.ca/relationsamoureuses](http://santepub-mtl.qc.ca/relationsamoureuses) - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

[masexualite.ca](http://masexualite.ca) – Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

[not-2-late.com](http://not-2-late.com) – Office of Population Research et Association of Reproductive Professionals (section Français/les contraceptifs oraux)

Pour d'autres articles du magazine *Ça s'exprime* : [\[msss.gouv.qc.ca/itss\]](http://msss.gouv.qc.ca/itss)/ Documentation/Professionnels de l'éducation/Le Magazine « Ça s'exprime »

68. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004).

## BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN-MEARES, P. (1984). « Adolescent pregnancy and parenting: The forgotten adolescent father and his parents », *Journal of Social Work and Human Sexuality*, vol. 3, n° 1, p. 27-38.
- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC ET UNIVERSITÉ LAVAL (1998). « La paternité adolescente », *Recherches en bref*, n° 9, janvier, p. 1-14.
- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC ET UNIVERSITÉ LAVAL (1997). « L'avortement et la grossesse à l'adolescence », *Recherches en bref*, n° 8, octobre, p. 1-17.
- BARRET, R.L. et B.E. Robinson (1982). « Teenage fathers: Neglected too long », *Social Work*, vol. 27, n° 6, p. 484-488.
- BLAIS, Josée. *Étude sur l'observance contraceptive chez les adolescents de Québec-Centre*, rapport d'activités, Montréal, Université du Québec à Montréal, non publié, s.p.
- BONNEAU, J. et coll. (2001). *Rapport sur les clientèles à cibler*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 36 p.
- BOURQUE, Élyse (2002). « La première relation sexuelle, ça se prépare ! », *Sexualité en tête*, 14 octobre, [en ligne]. [Servicevie.com/02sante/sex/sex14102002/sex14102002c.html]
- BUNTING, Lisa et Colette MCAULEY (2004). « Research review. Teenage pregnancy and parenthood: The role of fathers », *Child and Family Social Work*, vol. 9, p. 295-303.
- CHAMPAGNE, Lyne (1997). *Analyse qualitative par théorisation ancrée de la grossesse précoce chez les adolescentes en difficultés d'adaptation: recommandations sexologiques pour la prévention primaire*, mémoire de maîtrise en sexologie, Montréal, Université du Québec à Montréal, 175 p.
- CHARBONNEAU, Johanne (1999). « La maternité adolescente », *Magazine Réseau*, INRS-Urbanisation et Centres Jeunesse de la Montérégie, avril 1999, p. 14-19.
- CÔTÉ, M. (1995). *Le deuil non intégré suite à un avortement à l'adolescence: Source d'une grossesse réparatrice*, mémoire de maîtrise, Montréal, Université du Québec à Montréal, 90 p.
- DESLAURIERS, Jean-Martin et Gilles RONDEAU (2004). « Intervenir auprès des jeunes pères », *Intervention*, n° 121, p. 100-111.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (2003). « Prévenir la grossesse à l'adolescence », *Prévention en pratique médicale*, Direction de santé publique de Montréal-Centre, 6 p.
- DUFORT, Francine, Édith GUILBERT et Louise SAINT-LAURENT (2000). *La grossesse à l'adolescence et sa prévention: au-delà de la pensée magique!*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec et Direction de la santé publique de Québec, 134 p.
- DUROCHER, Lise, Martine FORTIER (1999). *Programme d'éducation sexuelle*, Montréal, Centres jeunesse de Montréal, 1 v. [pag. variée].
- HAMANN, Sophie (2002). *Analyse qualitative des récits de 46 adolescentes enceintes de 5 mois ou plus sur les circonstances entourant le début de leur grossesse et sa poursuite et sur l'impact de la grossesse sur la relation à leur mère*, thèse de doctorat en psychologie, Montréal, Université du Québec à Montréal, 222 p.
- LÉGARÉ, Francine, Claire GAGNON et Thérèse MAILLOUX (1999). *Femmes et familles, suivez le guide*, Québec, Conseil du Statut de la femme, 152 p.
- LETENDRE, R. et P. DORAY (1999). *L'expérience de la grossesse à l'adolescence*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 132 p.
- MANSEAU, Hélène (1997). *La grossesse chez les adolescentes en internat: Le syndrome de la conception immaculée*, Montréal, 206 p.
- MARION, Anne-Josée et Alice HOME (2000). « Les jeunes mères face à leurs rôles multiples », *Canadian Social Work Review*, vol. 17, n° 1, p. 33-48.
- MARTIN, Catherine, Lyne ARCAND (2005). *École en santé, pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes; Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*, Institut national de santé publique du Québec, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 12 p.
- MILLER, D. (1997). « Adolescent fathers: What we know and what we need to know », *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 14, n° 1, p. 55-69.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, résumé du cadre de référence, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 28 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004). *Intervention auprès des jeunes parents: pistes de réflexion et partage d'expériences*, cahier de participation, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 64 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003). *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (1989). *Adolescence et fertilité: Une responsabilité personnelle et sociale*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC ET UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL (2005). *La grossesse à l'adolescence: un phénomène qui persiste!*, *magazine Ça s'exprime*, vol. 1, n° 2, hiver, 8 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC ET UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL (2004). *La contraception orale d'urgence, Le Petit Magazine de la formation personnelle et sociale*, hiver, 8 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (2004). *Programme de formation de l'école québécoise. Enseignement secondaire, 1<sup>er</sup> cycle, 575 p.*, [en ligne]. [www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/dp/programme\_de\_formation/secondaire]

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003). *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*, Québec, ministère de l'Éducation du Québec, 56 p.

POISSANT, Julie (2002). *Le discours des adolescentes mères sur les changements, les ressources mobilisées et leur adaptation durant la maternité*, thèse de doctorat en psychologie, Montréal, Université du Québec à Montréal, 121 p.

Registre des événements démographiques du Québec (fichier des naissances vivantes), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006.

RHEIN, L.M., K.R. GINSBURG, D.F. SCHWARZ, J.A. PINTO-MARTIN, Z. HUAQING, A.P. MORGAN et G.B. SLAP (1997). « Teen father participation in child rearing », *Journal of Adolescent Health*, vol. 21, n° 4, octobre 1997, p. 244-252.

RICHARDSON, R.A., N. BENHAM BARBOUR et D.L. BUBENZER (1999). « Bittersweet connections: Informal social networks as sources of support and interference for adolescent mothers », *Family Relations*, vol. 40, n° 4, p. 430-434.

ROBINSON, B.E. (1988). « Teenage pregnancy from the father's perspective », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 58, n° 1, p. 46-51.

ROSENGARD, Cynthia, Maureen G. PHIPPS, Nancy E. ADLER et Jonathan M. ELLEN (2004). « Adolescent pregnancy intentions and pregnancy outcomes: A longitudinal examination », *Journal of Adolescent Health*, vol. 35, p. 453-461.

TREMBLAY, Christine (2001). « La grossesse à l'adolescence: Mieux comprendre pour mieux intervenir », *L'infirmière du Québec*, septembre-octobre, p. 43-50.

## RESSOURCES ÉLECTRONIQUES

### Ministère de la Santé et des Services sociaux :

[msss.gouv.qc.ca] (section Problèmes sociaux/Grossesse à l'adolescence) (10 juillet 2005)

[msss.gouv.qc.ca/itss] (section Documentation/Professionnels de l'éducation/Le Magazine « Ça s'exprime ») (10 juillet 2005)

[msss.gouv.qc.ca/itss] (section Documentation/Professionnels de l'éducation/Le petit Magazine/La pilule contraceptive d'urgence) (10 juillet 2005)

### Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport :

[mels.gouv.qc.ca/DGFJ/dp/programme\_de\_formation/secondaire] (19 avril 2005)

### Statistique Canada :

[statcan.ca/francais/kits/preg/preg3\_f.htm] (15 mai 2005)

[statcan.ca/francais/kits/preg1\_f.htm] (15 mai 2005)

www.msss.gouv.qc.ca/itss

Santé  
et Services sociaux

Québec



TEL-JEUNES

www.teljeunes.com

1 800 263-2266

UQÀM