

ANNEXE A

Revue de documentation

Institut canadien de la santé infantile
Préparé par: Kelli Dilworth
Responsable de projet et de recherche

1^{er} juillet, 2000

Table des matières

INTRODUCTION	1
Raisons d'être	2
LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES	3
La question	3
Les comparaisons internationales	4
Les comparaisons nationales	5
Comment analyser la question ?	7
Les déterminants de la santé	8
La santé sexuelle	8
Méthodologie	9
LES FONDEMENTS	11
La sexualité, la contraception et la jeune fille	11
Un endroit où commencer	12
La fillette canadienne	12
Trois rapports de recherche sur la nécessité de former une coalition canadienne pour la prévention des grossesses chez les adolescentes	13
LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ CHEZ LES ADOLESCENTES ENCEINTES	15
Le milieu socio-économique comme déterminant de la santé	15
La pauvreté	16
L'environnement physique comme déterminant de la santé	17
Les habitudes personnelles comme déterminant de la santé	17
Les capacités et l'adaptation comme déterminant de la santé	18
Plusieurs grossesses se soldent par un avortement	19
Certaines choisissent d'être mères	19
Les institutions environnantes comme déterminant de la santé	20
Le contexte historique	20
Pourquoi le système scolaire ?	21
L'opposition à l'éducation sexuelle en milieu scolaire	21
Comment savoir si l'éducation sexuelle à l'école est efficace ?	22
L'accès aux services et aux ressources	23
L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION	25
Les stratégies pour anticiper	25
Les stratégies pour reporter	27
Les modèles canadiens	28
Les modèles internationaux	29
Autres projets et ressources	30
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	33

INTRODUCTION

La question de la grossesse à l'adolescence est un souci socio-sanitaire de taille. Le problème a des effets sur tous au Canada, directement ou indirectement, car il touche les adolescentes, les adolescents, leurs familles et leurs collectivités. Statistique Canada signale un taux de grossesses de 49 sur 1000 chez les jeunes filles de 15 à 19 ans (Wadhera, 1997). La recherche isole les filles de 18-19 comme étant le groupe courant le plus de risques. Par comparaison au taux canadien, ceux de la Suède, des Pays-Bas, de l'Italie, de l'Espagne, de la France et de la Finlande sont tous inférieurs à 10 sur 1000 (Social Exclusion Unit, 1999).

La présente revue de documentation aborde la question de la grossesse chez les adolescentes, et surtout des programmes de prévention, dans le but de dégager les pratiques et programmes les plus (et les moins) efficaces selon un cadre d'étude tenant compte des déterminants de la santé. Cette revue soulignera certains des manques dans la documentation et dans les programmes actuels. On cherchera aussi à examiner le rôle de l'éducation, des programmes communautaires, des interventions institutionnelles et de la jeunesse elle-même comme agents de changement dans le cadre général de la prévention des grossesses d'adolescentes.

Bien sûr, la présente revue découle d'un certain nombre de soucis : Pourquoi les adolescentes deviennent-elles enceintes ? Quelles caractéristiques ont-elles en commun ? Certaines sont-elles plus susceptibles d'être enceintes que d'autres ? Pourquoi certaines choisissent-elles d'avoir un deuxième ou un troisième enfant ? Que peut-on apprendre de leur expérience, de leurs capacités et de leurs décisions ? En considérant les réponses à certaines de ces questions, cette revue de documentation reconnaît la complexité de la problématique, tout en accordant la plus grande importance au bien-être des jeunes (parents ou non).

La présente revue se divise en quatre sections qui cherchent à :

- Mettre en contexte la question des grossesses chez les adolescentes au Canada. On souligne certaines statistiques incontournables en démontrant l'importance de rendre la question prioritaire. Cette section définit ce qu'est la méthode des déterminants de la santé et d'autres notions connexes.
- Fournir les fondements de la prévention des grossesses chez les adolescentes en faisant ressortir les résultats de deux études ayant aiguillonné le présent travail : « Initiative sur la fillette canadienne » et Forming a Canadian Coalition on the Prevention of Teenage Pregnancy.
- Résumer l'information actuelle sur la grossesse adolescente selon le modèle des déterminants de la santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Cette troisième section comporte les volets suivants : le milieu socio-économique, le milieu physique, les habitudes de vie, les capacités et adaptations, les institutions environnantes.

- Traiter des programmes et projets de prévention canadiens et internationaux en les évaluant de façon effective (et non concluante).

Raisons d'être

La présente revue de documentation se fonde sur les déterminants et les résultants de la santé pour dresser une analyse globale et holistique d'un jeu complexe de facteurs. Elle porte sur l'information glanée dans la recherche existante sur les grossesses chez les adolescentes et leur prévention. Et elle considère les adolescents et les adolescentes comme des êtres autonomes touchés par de multiples couches de structures et de codes sociaux qui ont une incidence sur leurs décisions et, tôt ou tard, sur leurs perspectives de santé. À la base de cette revue, on estime que les adolescentes mères ou enceintes ont besoin de soutien et de services adéquats.

La complexité de la question de la grossesse chez les adolescentes ne fait aucune doute, et doit être reconnue. Il est essentiel de considérer l'expérience des jeunes femmes et celle des jeunes hommes. Les auteurs de cette revue estiment que la grossesse adolescente est liée aux modèles sociaux, aux idéaux et aux comportements auxquels sont censés obéir les filles et les garçons. Il faut ajouter qu'on possède peu de renseignements sur les peuples des Premières nations à l'intérieur et à l'extérieur des réserves. On trouve tout aussi peu de documentation sur la grossesse chez les adolescentes chez les peuples inuits. La présente revue de documentation reflète donc des perspectives surtout non autochtones. Il est à souhaiter qu'il en soit autrement dans les recherches et les études ultérieures.

LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES

La question

La recherche et la documentation indiquent qu'à l'avènement de la grossesse, les jeunes filles doivent prendre des décisions très difficiles qui toucheront, non seulement leur santé et leur avenir à moyen terme, mais aussi leur avenir et leur bien-être ultérieurs. Certaines décident d'interrompre volontairement leur grossesse par un avortement, et cette décision peut avoir des conséquences émotionnelles très longtemps dans leur vie. Aussi, bon nombre d'adolescentes choisissent de mener leur grossesse à terme et d'élever leur enfant ou de le faire adopter. Certains n'exercent pas de choix, car on prend la décision pour elles. Toutes mettent à risque leur santé, comme celle de leur bébé, à court et à long terme. Ces risques sont aggravés en cas de services inadéquats, de soutien insuffisant ou de barrières systémiques qui empêchent les jeunes mères d'accéder aux mêmes conditions de santé et à la même scolarité que leurs contemporaines qui demeurent sans enfants.

La recherche démontre de façon alarmante que la mère adolescente court de grands risques de vivre dans la pauvreté, surtout si elle est autochtone ou inuite, vit en région, souffre d'un handicap ou ne parle aucune des deux langues officielles du Canada. Ces jeunes femmes, leurs enfants et leurs partenaires ont droit d'être informés sur les risques encourus à leur santé, les barrières actuelles, et la prévention qu'elles pourraient exercer à l'avenir. La société canadienne doit s'engager fermement envers les garçons et les filles qui approchent l'adolescence. Car la grossesse chez les adolescentes peut être prévenue. Des mesures préventives donnent plus de choix aux jeunes en fait de projets d'avenir.

La présente revue se fonde en grande partie sur l'expérience, les perspectives et les faits et gestes des adolescents eux-mêmes. Outre celui des déterminants de la santé des jeunes filles, il est important de reconnaître l'impact qu'ont les pressions, les attentes et les exigences qu'exerce la société canadienne sur les garçons et les hommes, car elles influent sur le destin des futures femmes et des futurs enfants.

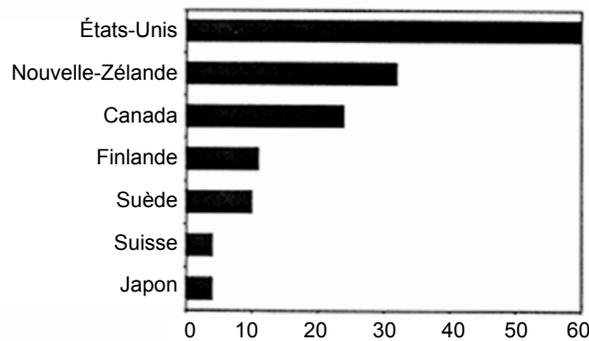
La documentation fait montre d'une jeunesse partagée entre des messages contradictoires. D'une part, on inonde les adolescents d'images glorifiant la sexualité et les attributs sexuels lorsqu'on veut promouvoir des produits ou des idées. D'autre part, on oppose à l'exercice des rapports sexuels des questions de religion, de culture, d'âge, de capacité, de stigmatisation et de maladies transmises sexuellement (comme le sida) pour dissuader les jeunes de vivre leur sexualité. Trouver sa voie parmi ces contradictions apparentes peut être très difficile, et parfois empreint de confusion, pour un être en pleine croissance adolescente. Quelles que soient les raisons pour lesquelles les jeunes vivent ou non des rapports sexuels, un fait est certain : ils sont nombreux à être sexuellement actifs (*Planned Parenthood Nova Scotia*, 1996a; MacKay et al., 1993; *Childbirth by Choice Trust*, 2000a). En somme, cette situation implique un risque élevé de grossesse.

Les comparaisons internationales

Même si l'incidence des grossesses chez les adolescentes est moindre au Canada que dans des pays industrialisés tels la Nouvelle-Zélande et les États-Unis (*Social Exclusion Unit*, 1999), elle demeure plus élevée que la moyenne et inquiète sensiblement les chercheurs, les législateurs, les milieux communautaires et les jeunes.

La Norvège, le Danemark, la Finlande, les Pays-Bas et le Japon ont réussi à garder des taux peu élevés (Singh et Darroch, 2000; Wadhera, 1991; *Social Exclusion Unit*, 1999). Dans les Pays-Bas, on a attribué cette faible prévalence à « l'éducation sexuelle, des discussions ouvertes sur la sexualité dans les grands médias, un accès facile aux moyens de contraception, des programmes d'éducation et le fait qu'ils impliquent la participation des parents et des adolescents » (traduit de Wadhera, 1997). Pour sa part, la Suède attribue sa baisse des grossesses chez les adolescentes à une amélioration de l'éducation sexuelle et de la distribution des moyens de contraception chez les adolescents (Singh et Darroch, 2000). Quel que soit le pays de comparaison, la prévalence des grossesses chez les adolescentes est bien assez élevée pour justifier des stratégies efficaces de prévention.

Naissances vivantes issues d'adolescentes de 15-19 ans
Pays sélectionnés, 1995*

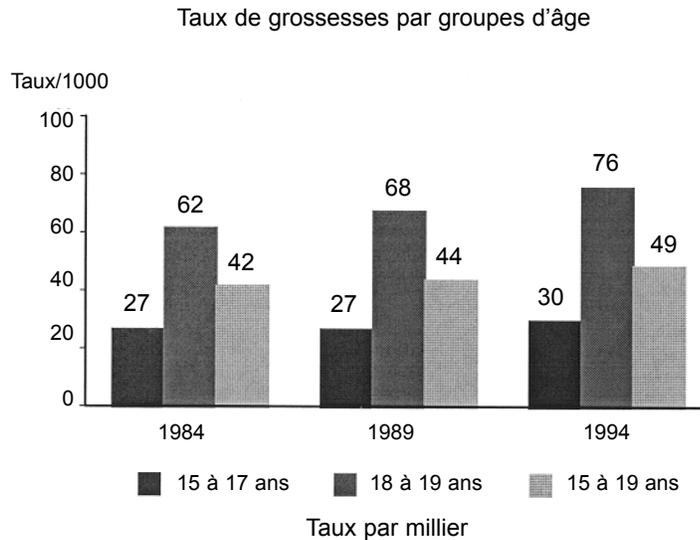


Naissances par 1000 familles

* Selon Le Progrès des nations, 1998, tel que cité par le Laboratoire de lutte contre les maladies, Santé Canada

Les comparaisons nationales

La recherche canadienne fixe à 45 000 par année le nombre d'adolescentes de 15 à 19 ans qui deviennent enceintes au Canada (Evans, 1998). Cette donnée fait suite aux résultats de recherche de P. Stewart qui indique 47 000 grossesses chez les adolescentes en 1994 (Stewart, 1998). Selon Santé Canada, les taux ont augmenté ces dix dernières années, surtout chez les 15-19 ans (Wadhera, 1997). Le tableau suivant, basé sur « La Santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI » (Institut canadien de la santé infantile, Kidder, 2000), fait état du taux en 1994 :

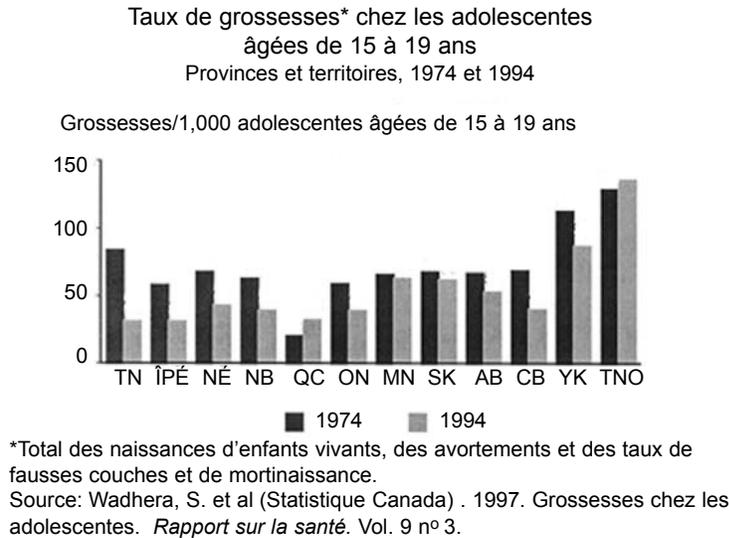


Source : Wadhera, S., et al., (Statistique Canada), 1997, «Grossesses chez les adolescentes », *Rapports sur la santé*, Vol. 9 No 3

Les incidences de grossesses sont nettement plus élevées chez les jeunes femmes autochtones et inuites. Voilà une situation qui réclame désespérément qu'on intervienne. Malgré des taux plus élevés dans la plupart des milieux autochtones ou inuits, il se révèle difficile d'étoffer ces faits par de la documentation. Santé Canada indique que :

- « Le taux chez les plus jeunes adolescentes autochtones (de moins de 15 ans) était particulièrement important, surtout dans les réserves, où il était d'environ 38 fois plus élevé que dans la population générale du Canada (11,0 par 1000 naissances vives, par rapport à 0,6, respectivement). »
- « Les données provenant des provinces de l'Atlantique, des provinces de l'Ouest et de la Colombie-Britannique montrent, pour 1997, des taux de grossesses adolescentes chez les Première nations quatre fois plus élevés que le taux national de 1995. » (Santé Canada, «Diagnostic de la santé des Première nations et des Inuits au Canada », Novembre 1999)

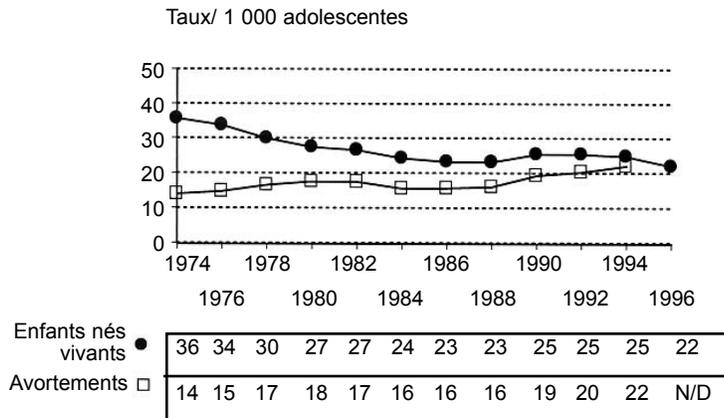
Lorsqu'on divise les taux selon les régions et les appartenances ethnoculturelles, on voit des différences d'une part et d'autre du Canada, comme le démontre ce tableau tiré de « La Santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI » (Institut canadien de la santé infantile) :



- On comptait 16 698 adolescentes enceintes en Ontario en 1995, en majorité chez les 15-19 ans. Ces chiffres sont en hausse depuis le milieu des années 1980.
- Entre 1980 et 1990, au Québec, l'incidence des grossesses chez les moins de 18 ans est passée de 12,6 à 18,5 jeunes femmes par 1000 (Gouvernement du Québec, 1998).
- En 1998, le taux de grossesses chez les adolescentes en Nouvelle-Écosse était de 39,9 par 1000 chez les 15-19 ans (*Planned Parenthood Nova Scotia*, 12).
- Le Manitoba compte l'une des prévalences les plus élevées du Canada : 64,4 grossesses chez les adolescentes par 1000 chez les 15-19 ans (Paulsen, 1999).

Comme le démontrent ces données, l'incidence des grossesses chez les adolescentes a augmenté, si bien que le taux se situe entre 45 et 50 par 1000 (Santé Canada, 1999a; Wadhera, 1997; Singh et Darroch, 2000; Hanvey, cité dans la *BC Alliance Newsletter*, 1999b). Une étude a décelé un taux d'avortement sensiblement plus élevé chez les plus jeunes adolescentes, probablement parce que leurs aînées sont plus souvent actives sexuellement ou en cohabitation. (Singh et Darroch, 2000). On signale des taux d'avortement plus élevés chez les jeunes femmes des classes moyenne et aisée. Or, les taux d'avortements ont baissé, et les taux de naissances ont augmenté constamment. Une étude indique une baisse de 55 % des pourcentages d'avortement (Singh et Darroch, 2000). Les taux les plus récents figurent au tableau suivant tiré de « La Santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI » (Kidder, 2000) :

Issues des grossesses chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans
Canada, 1974-1996



Source: Laboratoire de lutte contre la maladie. 1999. *À la hauteur: une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada.*

Les statistiques recèlent un nouveau phénomène : même si bon nombre des grossesses sont inattendues, des adolescents ont fait le choix préalable de devenir enceintes, et certaines font plus d'une fois ce choix (*Best Start*, 2000). Quelles que soient les raisons pour lesquelles les adolescentes choisissent de devenir enceintes, l'on signale en général les inquiétudes que soulèvent les taux de grossesses à l'échelle nationale et internationale. Les grossesses involontaires sont vues comme une question primordiale pour la santé publique. Santé Canada, par exemple, soulève la grave importance de réduire l'incidence des grossesses chez les adolescentes, surtout puisque « les parents adolescents ont souvent des revenus moins élevés à vie, et davantage de problèmes sociaux tout au long de leur existence » (Un Rapport tiré des Consultations, 1999).

Les adolescents qui vivent une grossesse ne sont pas toujours destinés à une vie de pauvreté et de malheurs. La présente étude de documentation se fonde sur la méthode des déterminants de la santé pour examiner les ressemblances entre les jeunes parents qui connaissent un taux élevé de succès et ceux qui sont en pleine santé physique, émotionnelle et économique. La grille des déterminants peut également servir à tenter de comprendre les jeunes gens qui n'ont pas eu à assumer de grossesse ou qui ont choisi de la différer.

Comment analyser la question ?

Comme on l'a indiqué, la présente revue traite des résultats de recherche, des articles, des théories et des politiques sociales sur la prévention des grossesses chez les adolescentes. Elle dégagera des statistiques, des résultats principaux et des recommandations pour des stratégies efficaces, et se fondera sur la grille des déterminants et des résultants dans le domaine de la santé pour examiner à fond, et de façon holistique, un enchaînement complexe de facteurs.

Les déterminants de la santé

Cette expression renvoie aux nombreux facteurs multidimensionnels et inter-reliés qui déterminent la santé d'un être humain. Cette méthode précise que « les déterminants ne causent pas forcément la bonne ou la mauvaise santé, mais leur absence peut influencer sur les chances qu'un être de se développer sainement » (Tipper, 1997). Les déterminants renvoient aux habitudes de vie, aux habiletés et capacités d'adaptation, à l'environnement social, politique, économique et physique, aux institutions en présence, aux caractéristiques culturelles et biologiques des adolescentes.

Le climat économique, social et politique change constamment, et les déterminants évoluent avec la croissance et l'évolution sociale que vivent les jeunes.

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population répartit les déterminants de la santé selon les cinq catégories suivantes, toutes utiles pour comprendre la santé en regard d'une grossesse chez les adolescentes :

1. **L'environnement social et économique** : le revenu, l'emploi, le rang social, les réseaux de soutien social, l'éducation et les facteurs sociaux reliés à l'emploi.
2. **L'environnement physique** : les aspects de l'environnement naturel et des constructions humaines.
3. **Les habitudes personnelles** : les comportements qui aident la santé ou la mettent à risque.
4. **Les habiletés et capacités d'adaptation individuelles** : les caractéristiques psychologiques, génétiques et biologiques des êtres.
5. **Les institutions présentes** : les écoles, les organismes religieux, les agences de services, les organismes pour promouvoir, maintenir et rétablir la santé.

Ces déterminants peuvent servir à préciser les ressemblances entre les adolescents qui ont des caractéristiques ou des habitudes de vie en commun, ou, au contraire, à souligner les différences entre les cohortes. L'analyse des grossesses chez les adolescentes par les déterminants de la santé devient un moyen d'évaluation efficace. Et puisque chaque être vit une expérience unique de croissance physique et émotionnelle, ces catégories tracent des liens entre les *déterminants* et les *résultats* de la santé.

La santé sexuelle

On entend, par santé sexuelle, « une composante positive, vive et indispensablement continue de l'être humain qui implique la connaissance de soi, une expérience et une croissance sexuelle saines, et la capacité d'assumer l'intimité » (Santé Canada, 1999a). Dans le concept de la santé sexuelle, la santé émotionnelle, physique et spirituelle sont les pierres d'angle du succès, ce qui implique non seulement une connaissance des comportements à risque et des méthodes de contraception, mais aussi des façons de négocier les décisions difficiles sur la nature des rapports sexuels, l'abstinence, la sexualité et l'activité sexuelle. La santé sexuelle est tributaire à la fois de l'autodétermination et d'une entente de protection mutuelle entre les partenaires individuels (Orton, 1994).

Méthodologie

La présente revue de documentation porte sur bon nombre de sources d'information. D'abord, on a mené une recherche à même les fonds de plusieurs librairies universitaires à Ottawa pour trouver des ressources spécifiques à la prévention des grossesses chez les adolescentes. Cette démarche a conduit à des sujets connexes tels le taux de grossesses chez les adolescentes, les comparaisons historiques, les programmes périnatals ciblant les adolescents ainsi que les comportements à risque des adolescents contemporains au Canada. On a mené un recherche semblable à la Librairie nationale du Canada à Ottawa, qui a dévoilé un nombre de publications universitaires et quelques exemples choisis de programmes de prévention des grossesses chez les adolescentes.

On a également puisé à des bases de données sur disques compacts (CD ROM) pour une recherche préliminaire : *Medline*, *Woman's Resource International*, *Canadian Periodical Index*, *Sociological Abstracts 1985-1996* et *Canadian News Disk*. Ce volet de la recherche a utilisé les mots clés suivants, souvent formulés de façon booléenne : adolescent, grossesse, sexe, éducation, sexualité, contraception et estime de soi. Quoique les adolescents préfèrent généralement qu'on les appelle des « jeunes », la présente recherche a fait usage des termes « ado » et « adolescent ».

L'Internet a permis de trouver une grande quantité de renseignements. Les sites tels *Planned Parenthood of Canada*, *Best Start* ou *Meilleur départ*, le Réseau de santé du Canada, *Program Archive on Sexuality, Health and Adolescence (PASHA)*, *Sex Information and Education Council of Canada (SIECCAN/SIECUS)* comportent des cyberliens où trouver des renseignements vitaux sur l'organisation et les programmes de prévention. Aussi, le site *Alan Guttmacher* s'est révélé particulièrement utile, puisqu'il permet de télécharger des articles récents et pertinents (en anglais) qui son absents des bibliothèques publiques. Les publications qu'on y trouve sont notamment *The Guttmacher Report on Public Policy*, *Family Perspectives* et *International Family Planning Perspectives*. L'Internet a aussi ouvert l'accès à de petits sites et programmes des Etats-Unis, et à de grandes banques de données telles la *ReCapp (Resource Centre for Adolescent Pregnancy Prevention)*.

Pour figurer dans la présente revue, les documents devaient avoir été publiés entre 1990 et 2000. Mais il devint évident que certaines publications des années 1980 (et parfois des années 1970) restent tout à fait pertinentes. Singh et Darroch, Fisher, et Wadhera donnent une perspective historique et une base théorique sur lesquelles bâtir. Enfin, on a consulté un certain nombre d'informateurs principaux. Et plusieurs personnes ont contribué en fournissant leurs travaux en cours, des articles d'intérêt, des documents crus utiles. Chaque document orientait la recherche vers un nouveau filon.

L'effort consista à rechercher une pluralité de sujets et de points de vues sur la grossesse adolescente. Ce processus engloba des données sur les jeunes autochtones, les jeunes de divers milieux ethnoculturels, les jeunes handicapés, et les jeunes des milieux ruraux, même si peu de recherche canadienne s'est faite en matière de programmes de prévention de grossesses adolescentes chez ces populations. L'on trouvait parfois certaines considérations sur ces sujets particuliers, mais elles provenaient surtout de sources américaines. Les premières phases de la recherche ont dégagé bien des publications et des données sur les adolescentes déjà enceintes,

mais elles n'avaient pas trait à la *prévention* de la grossesse. En résumé, on s'est penché sur près de 100 documents, à partir de recherches théoriques universitaires, en passant par des affiches pour la sensibilisation à la grossesse adolescente, jusqu'à des projets menés par des jeunes dans le système scolaire. Dans leur ensemble, ces objets donnent à la présente étude une compréhension des plus approfondies de ce qu'est à l'heure actuelle la prévention des grossesses adolescentes au Canada.

LES FONDEMENTS

Aux yeux de la majorité canadienne, la prévention de la grossesse adolescente a longtemps été une question d'éthique, abordée sous son aspect moral. Le sujet était tabou, peu propice aux discussions ouvertes; la grossesse était considérée comme une « erreur » de la jeune femme, une conséquence de sa promiscuité, et elle devait en assumer les conséquences. Son état générant de la honte et de la gêne, souvent dirigées vers la jeune fille, sa famille et son milieu (Petrie, 1998). Comme le relate Anne Petrie dans son compte rendu historique des grossesses chez les jeunes femmes (non mariées) dans les années 1950 et 1960, les « filles mères » du Canada étaient souvent envoyées à des « maisons » spéciales tenues par les religieuses catholiques. La grossesse était une telle « faute » qu'on cachait ces jeunes femmes de la société, et souvent de leur entourage, tandis qu'elles se préparaient à donner la vie (Petrie, 1998).

Lors d'une conférence internationale en 1968, les Nations Unies décrétèrent que, par droit humain, chaque être devait avoir accès à de l'information sur la sexualité et la reproduction, et à des services reliés (*Planned Parenthood Nova Scotia*, 1996b). L'année suivante, les femmes du Canada vécurent un changement politique qui toucherait directement leur vie reproductive. Un amendement au Code criminel légalisa la contraception et permit l'avortement dans certaines conditions. Pour la première fois, il était légalement possible aux femmes de contrôler leurs grossesses à l'aide de « médicaments » sanctionnés par la loi. Comme l'affirme Maureen Orton, cet amendement reflétait l'avènement d'un changement conceptuel : d'abord vue comme le résultat de comportements déviants ¹ (avoir des rapports sexuels et devenir enceinte, en général), la grossesse devint une conséquence problématique du comportement sexuel dans des conditions inadéquates² (avoir des rapports sexuels sans choisir de moyen de contraception).

Aujourd'hui, de multiples formes de contraception sont employées par les jeunes et les adultes. Même si toute la société ne consent pas à l'usage de moyens contraceptifs, ils sont abondamment utilisés au Canada. Au cours des vingt dernières années, la conscience des moyens de contraception et le recours à leur usage ont augmenté, comme conséquence directe de l'épidémie du sida et du VIH (Evans, 1998). Les filles, plus particulièrement, augmentent la fréquence de leurs rapports sexuels et s'y initient à un âge plus précoce (McKay, Best Start, 2000; Hanvey in BC Alliance Newsletter, 1999b).

La sexualité, la contraception et la jeune fille

La façon dont les filles vivent leurs activités sexuelles peut être reliée à d'autres comportements sexuels socialement appris, comme l'incitation à être « gentille », « douce », « pas trop énergique » (Tipper, 1997; Dubinsky, 1993). Sous des influences diverses (les médias, les pairs, les attentes sociales), plusieurs filles recherchent l'amour, l'affection et l'attention en pensant les trouver dans l'intimité avec un membre du sexe opposé. Certaines filles, qui luttent intérieurement avec leur sexualité et essaient de « s'insérer » à tout prix, peuvent s'adonner à des comportements hétéronormatifs. Dans certains cas, elles fréquentent les garçons ou sem-

¹ Comme l'indique Orton, ce comportement renvoie à « un rapport sexuel immoral hors-mariage ou une contraception immorale dans le mariage ».

² Par exemple, un « manque d'accès universel à des ressources préventives efficaces ».

blent les aimer pour paraître tout à fait « normales ». Les filles trouvent souvent un rang social en ayant un « ami », et s'il est plus vieux, leur rang peut même s'en trouver haussé. Seulement, celles qui fréquentent des garçons plus vieux subissent souvent plus de pression pour s'initier aux rapports sexuels (Consultations avec les jeunes, 2000).

Les garçons aussi écotent de décisions difficiles par rapport aux comportements sexuels à risques. La majorité sociale exerce une influence en présupposant certains comportements propres au jeune homme. On s'attend d'un garçon qu'il veuille fréquenter les filles, qu'il agisse de façon très énergique; ceux qui ne se conforment pas à ces règles implicites se sentent souvent exclus. On assume généralement que tous les jeunes hommes ont une vie sexuelle active (ou le désirent), surtout en raison de la tare associée à la virginité par leurs pairs. Il y a cependant très peu de recherche sur la vie des garçons au Canada, surtout en matière de santé sexuelle.

Comme le souligne Jennifer Tipper (« *Initiative sur la fillette canadienne* »), la fréquentation des garçons implique beaucoup de règles tacites chez les jeunes filles. Même s'il est important d'avoir un « ami », trop de rapports sexuels et des rapports avec trop de garçons (même des ex-amis) sont des comportements à conséquences négatives dans la vie d'une jeune fille (Tipper, 1997). Elle peut en être ridiculisée, stigmatisée ou rejetée. L'adolescente doit finement doser sa vie sexuelle et être assez active pour se conformer, sans être trop active et passer pour une fille facile ou louche.

Il ne faut pas conclure que toutes les filles obéissent à ces règles tacites, ni même qu'elles sévisent partout. L'environnement culturel et géographique détermine des attentes quant au comportement et à la vie sexués. Nous estimons que plusieurs filles et jeunes femmes désobéissent aux normes sociales. Certaines sont élevées dans une atmosphère culturelle ou religieuse qui interdit les fréquentations avant le mariage, et donc ne peut tolérer l'activité sexuelle (Bashir, 1997). Certaines ont des activités intimes avec d'autres filles. On ferait erreur en croyant que toutes les filles veulent fréquenter les garçons, ou vivent des rapports sexuels. Bon nombre de jeunes femmes se passent de fréquentations et des rapports sexuels.

Comme la plupart des filles connaissent des tensions qui les poussent vers la vie sexuelle, et que les statistiques indiquent que les adolescentes vivent plus d'activités sexuelles et s'y initient plus précocement qu'il y a quinze ans, la grossesse adolescente devient un sujet d'étude important.

Un endroit où commencer

Deux études ont fourni un point de départ au présent travail : « *Initiative sur la fillette canadienne : les déterminants de la santé et du bien-être des fillettes et jeunes filles* » et *Forming a Canadian Coalition on the Prevention of Teen Pregnancy: Three Background Papers*.

La fillette canadienne

À l'issue d'une fouille détaillée et approfondie des rapports existants, Jennifer Tipper reconnaît qu'il y a un manque à gagner en fait de recherche sur les déterminants de la croissance de la fille au Canada. L'auteure souligne certains des défis posés aux filles et élabore un cadre d'analyse du sexe et des déterminants de la santé en rapport avec la saine croissance. Elle note qu'on a abondamment étudié le développement de l'enfant, mais qu'on considère rarement le

sexe de l'enfant. Le nombre déjà limité de recherches s'attache aux comportements « déviants » ou « problématiques » (1997). L'activité sexuelle et, par extension, la grossesse adolescente, est considérée comme un comportement déviant. Son travail annonce fort justement le besoin d'accroître le nombre et la fréquence des interventions visant la santé sexuelle chez les jeunes femmes.

Tipper fait aussi remarquer que bon nombre de jeunes femmes sont oubliées lorsqu'on aborde le sujet de la saine croissance des filles : « les lesbiennes, les handicapées, les non-blanches, les jeunes femmes qui ont du succès et du bonheur, les adolescentes sans domicile fixe et toutes ces filles qui relèvent chaque jour le défi de devenir femmes dans une société à prédominance patriarcale » (Tipper, 1998). Cette tendance a été observée dans la présente étude de documentation : peu de publications mentionnent les jeunes femmes ci-dessus.

Trois rapports de recherche sur la nécessité de former une coalition canadienne pour la prévention des grossesses chez les adolescentes

Dans ce rapport, trois études préliminaires font ressortir comme prioritaires: a) l'importance et la pertinence de la grossesse adolescente comme sujet de préoccupation ; b) l'efficacité des programmes de prévention; c) l'apport que peut avoir un effort concerté sur l'incidence des grossesses.

Le premier article (Stewart et al.), qui traite des résultats de recherche sur l'intervention visant la santé de la population, affirme que l'incidence des grossesses adolescentes connaît une hausse, surtout chez les 15-19 ans (1998). Stewart souligne la pluralité de facteurs influant sur les taux de grossesses adolescentes et la nécessité d'une approche considérant le développement de la santé sexuelle avec un ensemble de stratégies.

L'article met en lumière certains des facteurs socio-économiques associés aux grossesses adolescentes tels le pouvoir, la distribution de ce pouvoir, et considère les garçons et les filles comme des êtres construits par la société dans une culture dominante à facettes matérialiste, égocentrique, hédoniste, concurrentielle et violente (1998).

Stewart prône de mettre l'emphase sur la résilience d'adolescents qui se sont adaptés aux difficiles exigences et aux problèmes sociaux actuels (pour les avoir vaincus, bien souvent).

Le deuxième article porte sur les modes de prévention efficaces (Wright et al.) et donne l'exemple de programmes qui ont eu un impact positif. Ce sujet sera traité plus en détails dans les prochaines pages de la présente revue.

Le troisième article, axé sur des stratégies de coalition pour une prévention concertée (Davis et Flett), cible certaines des meilleures pratiques pour fonder de telles alliances. Au fil d'interviews et de recherches en librairie ou sur l'Internet, les auteurs démontrent l'efficacité des coalitions pour engager les ressources communautaires et étudier les questions de santé. Ils définissent en outre différents types de coalition et précisent certaines collaborations d'importance en matière de santé sexuelle et de grossesse adolescente. L'article a comme but de montrer les

étapes d'une coalition, d'en dégager les difficultés, d'en faire ressortir des exemples de réussite sur lesquels fonder les projets ultérieurs. En résumé, cette troisième recherche peut être utile pour fonder une coalition pour la prévention des grossesses adolescentes.

Les trois articles ci-dessus ont permis de baliser tous les échanges qui allaient suivre, sur la question. Avec les résultats dégagés par Tipper sur la fille canadienne, ces trois recherches se complètent pour former une base solide sur laquelle lancer une analyse des programmes de prévention de la grossesse adolescente au Canada.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ CHEZ LES ADOLESCENTES ENCEINTES

En présence de taux et de nombres aussi élevés, surtout dans les milieux autochtones et inuits, il incombe de savoir qui sont ces jeunes femmes et qui court le plus de risques si l'on veut ensuite établir des stratégies de prévention efficaces. À cette fin, on a fait appel à la grille d'analyse des déterminants de la santé établie par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, comme il a été indiqué dans les pages précédentes.

Il se révèle difficile, sinon impossible, de définir catégoriquement les caractéristiques des jeunes femmes qui deviennent enceintes. La recherche démontre qu'elles appartiennent à divers milieux. On ne peut assumer qu'une seule formule spécifique pourra prévoir ou déterminer quelle adolescente vivra une grossesse. Cependant, lorsqu'on se penche sur les déterminants de la santé des adolescentes devenues enceintes (volontairement ou non), on trouve quelques ressemblances significatives dans leur vie. Les jeunes femmes qui vivent dans la pauvreté ou dans la rue, par exemple, risquent davantage de devenir des mères adolescentes (*BC Alliance Newsletter*, 1999). Le risque couru par les jeunes Autochtones est disproportionné (Santé Canada, 2000). Les résultats d'une grossesse sont influencés par des facteurs tels l'état civil, l'âge, la scolarité, l'emploi, les croyances religieuses, les habitudes et comportement sexuels, la connaissance et l'usage de moyens contraceptifs, l'accessibilité aux services de planning et de soins médicaux (Wadhera, 1991). Quant au comportement sexuel plus appuyé, aux taux de grossesses volontaires ou non, ils peuvent découler d'un grand ensemble de facteurs.

Le milieu socio-économique comme déterminant de la santé

Les raisons pour lesquelles des adolescentes deviennent enceintes ou mères plus fréquemment sont aussi très difficiles à catégoriser. La recherche analysée démontre que la hausse des taux survient parce que plus d'adolescentes ont des vies sexuelles actives, que moins de jeunes recourent aux moyens de contraception, ou que certaines ont le désir de devenir enceintes. On retient quelques facteurs en jeu, tels la pauvreté, les résultats scolaires et l'estime de soi (Stewart, 1998). Même s'il n'y a pas de réponse facile, certaines études ont tenté d'isoler les motifs exacts qui poussent plus de jeunes à devenir enceintes.

Les facteurs justifiant la grossesse aux yeux des jeunes ont changé. Une étude menée en 1976 signalait trois raisons pour des grossesses précoces. La première était la constatation que la mère de l'adolescente n'était pas un modèle adéquat à suivre, la deuxième était un lien de séduction entre père et fille qui excluait la mère, la troisième était une distance entre le couple des parents, « distance s'opposant à un lien visiblement pauvre ou affectueux » (Thomas, 1990). La même étude concluait qu'à la source du problème était la pauvre estime de soi de la fille, ou la présence d'un père inefficace ou sans emploi. On associait aussi au phénomène de graves problèmes mentaux, et l'on démontrait que la délinquance augmentait de vingt fois les risques de grossesse, par rapport au comportement de la jeune femme dite « normale ».

Les études plus récentes ont dégagé un certain nombre de raisons différentes et s'attardent généralement à l'importance des conditions socio-économiques. La recherche démontre main-

tenant que des possibilités d'avenir limité et des difficultés socio-économiques contribuent de façon significative à l'incidence des grossesses chez les adolescentes (Singh et Darroch, 2000).

La pauvreté

L'un des facteurs les plus associés à la grossesse chez les adolescentes est la pauvreté. Non seulement les adolescentes pauvres risquent-elles davantage la grossesse, mais les jeunes parents vivront toute leur vie avec des revenus moindres et des problèmes sociaux plus nombreux. (Santé Canada, 1999a; *Planned Parenthood Nova Scotia*, 1996b; Singh et Darroch, 2000; Gouvernement du Québec, 1998; Evans, 1998; Picard, 1998; Stewart, 1998; *BC Task Force*, 1999).

Les faits saillants de la recherche :

- La grossesse adolescente est près de cinq fois plus fréquente dans les quartiers aux plus faibles revenus que dans ceux où ils sont les plus élevés (Santé Canada, 1999a; Stewart, 1998).
- On estime que 50 % des grossesses sont involontaires. Plus la jeune femme est pauvre, moins elle risque d'avoir voulu être enceinte (*Childbirth by Choice Trust*, 2000b).
- Une recherche à Sudbury, en Ontario, soulignait que près du quart des jeunes ayant participé à une étude sur la prénatalité adolescente vivaient de revenus inférieurs à 10 000 \$ (Picard, 1998).
- Ces données associent la pauvreté à la possibilité d'une grossesse adolescente et au rang économique des jeunes parents. Selon certains résultats de recherche, peu importe qu'une jeune femme soit issue de la pauvreté ou non, un nombre disproportionné de jeunes mères célibataires connaîtront la pauvreté à la naissance de leur enfant.
- Au Canada, 60 % des mères célibataires et leurs enfants vivent dans la pauvreté (Evans, 1998).
- Au Canada, 81 % des mères célibataires de 18 à 24 ans ont des revenus sous le seuil de la pauvreté (*Planned Parenthood Nova Scotia*, 21).
- Au Canada, 62 % des mères célibataires de 18 ans ou moins vivent sous le seuil de la pauvreté (*BC Task Force*, 11).

La recherche indique que les jeunes femmes issues de familles à revenus plus élevés sont plus portées à se servir assidûment de moyens contraceptifs et, à l'avènement d'une grossesse, elles sont moins susceptibles de se rendre à terme. Selon l'une des sources, ces jeunes femmes sont plus nombreuses à choisir l'avortement, surtout parce que la maternité précoce nuit à leurs projets d'avenir professionnel et à la planification future de leur famille (Gouvernement du Québec, 1998).

L'environnement physique comme déterminant de la santé

Il existe peu de documentation sur les liens entre la grossesse adolescente et l'environnement (naturel et de construction humaine). Une étude, en particulier, note que dans plusieurs cas, l'incidence est à son plus fort dans les régions rurales nordiques et les milieux urbains défavorisés (Gouvernement du Québec, 1998). Les mères adolescentes connaissent souvent l'isolement social, la discrimination, un manque de réseau de soutien et plusieurs sont portées à vivre des moments de crise (*Planned Parenthood Nova Scotia*, 1996b).

Il y a des manques flagrants dans la portée des recherches actuelles. Comme le souligne Evans, « aucune étude n'a traité du Nord canadien. On devrait penser à doter cette région unique de recherches et de fonds. Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ont les incidences les plus élevées du Canada en fait de chlamydia et de grossesses chez les adolescentes. » (Evans, 1998) De pareils manques sont constatés quant aux jeunes handicapés, aux non-blanches et aux jeunes d'origine culturelle autre que nord-américaine. Une attention toute spéciale doit être réservée aux jeunes des réserves car ils vivent dans plus de pauvreté et accèdent à moins de services.

Les habitudes personnelles comme déterminant de la santé

Même s'il est difficile de prouver que certains comportements rendent les adolescentes plus susceptibles de devenir enceintes, les documents ci-dessous indiquent la présence d'un lien possible entre les comportements à risques (abus d'alcools, de tabac et précocité sexuelle) et la possibilité d'une grossesse.

L'un des auteurs du bulletin *BC Alliance Newsletter* est d'avis que « la grossesse est plus probable chez ceux-là mêmes qui sont les moins préparés à soigner et à élever un enfant »³. Les exemples des adolescents les plus susceptibles d'être de jeunes parents sont des jeunes qui ont des problèmes de toxicomanie, ceux qui échouent à l'école, ceux qui ont peu d'ambition, et ceux qui vivent dans des familles défavorisées (*BC Alliance*, Fall 1999).

Les études recensées établissent une corrélation chez les jeunes femmes entre la grossesse et l'usage ou l'abus de drogues, y compris le **tabagisme**. King et al. relèvent que 23 % des étudiantes de la troisième secondaire fument tous les jours, ce qui renvoie à un problème de santé certain (King et al., 1999). Santé Canada, par exemple, établit que 64 % des adolescentes participant à un programme sur la grossesse adolescente étaient des fumeuses (King et al, 1999). On a trouvé, au sein du programme LEAP (*Lifestyle, Education for Adolescent Parents*) mené au Nouveau-Brunswick, un nombre significatif de fumeurs et de fumeuses parmi les participants (Simpson, 1999). Aussi, 90 % des participantes enceintes à une recherche sur la périnatalité adolescente à Sudbury, en Ontario, avaient fumé régulièrement avant de savoir qu'elles étaient enceintes (Picard, 1998).

L'**âge** où les jeunes s'initient aux rapports sexuels est également lié à la probabilité de la grossesse. On signale que cet âge est de moins en moins élevé. Par exemple, en 1976, 8 % des jeunes femmes de 15 ans avaient connu le « coït » (Wadhwa, 1997). En 1996, le Sondage sur la santé de la population au Canada relevait que la moitié des jeunes de 15-19 ans avaient eu des relations sexuelles (Hanvey in *BC Alliance Newsletter*; 1999b). En Nouvelle-Écosse, en 1997,

³ *BC Alliance Newsletter*, Fall 1999, p. 23

60 % des jeunes interrogés avaient déjà eu des rapports sexuels à 16 ans (Planned Parenthood Nova Scotia, 1996a).

On cite bon nombre de facteurs haussant les probabilités d'une précocité sexuelle, facteurs qui ciblent certaines parties de la population et la mettent à risque. Lors d'une étude en Ontario, on a déterminé que 70 % des jeunes de la rue de Kingston avaient eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (Planned Parenthood Nova Scotia, 1996b.) Ces jeunes étaient plus susceptibles de contracter une maladie transmise sexuellement, puisqu'une bonne partie d'entre eux avaient plus d'un partenaire (Planned Parenthood Nova Scotia, 1996b). D'autres variables associées à une plus forte incidence de rapports sexuels, selon le *Nova Scotia Planned Parenthood Technical Report*, sont : « une vie autonome, des rapports plus tendus avec les parents, des comportements moins surveillés par les parents, la mobilité géographique de la famille, plus d'activités sociales, des amis des deux sexes et une plus forte incidence d'autres comportements à risques (tels la consommation d'alcool, de tabac, de drogues) » (1996b).

Au contraire, certains facteurs semblent pouvoir « protéger » contre les grossesses adolescentes: l'ambition scolaire et la pratique d'une religion ont été ciblées par la recherche (Miller, 1995).

L'ensemble de la recherche ne révèle pas qu'un comportement à risque mène forcément à la grossesse, mais s'il y a en plus d'un, et qu'on note une absence de plusieurs déterminants de la santé, on augmente alors les risques de grossesse précoce.

Les capacités et l'adaptation comme déterminant de la santé

Certaines grossesses surviennent à la suite d'une éducation sexuelle inadéquate (ou inefficace). Il faut admettre qu'on n'a pas étudié la grossesse adolescente dans le contexte d'une société qui ne fournit pas de services sociaux adéquats en matière d'information et de contraception ou des deux. Certains jeunes choisissent d'avoir des enfants parce qu'ils manquent de perspectives d'avenir, cherchent l'attention ou l'affection, envisagent un avenir peu reluisant ou décident délibérément de procréer. À cette lumière, la grossesse adolescente devient l'une des injustices sociales qui mériteraient de faire l'objet de bonnes stratégies de prévention (Orton, 2000).

Plusieurs grossesses se soldent par un avortement

Une partie significative de la documentation signale que les grossesses adolescentes sont souvent involontaires. Comme le souligne un auteur, « 45 % des femmes (dans une étude) ont choisi l'avortement » (Stewart, 1998). Dans la région d'Ottawa-Carleton, 62,5 % des grossesses ont été interrompues par des avortements en 1995 (Stewart, 1999). Statistique Canada dénombre 108 248 avortements signalés en 1995 contre 114 848 en 1997 (Statistique Canada, 2000). Au nombre de ces avortements, 20 275 ont été réalisés sur des jeunes femmes de 15-19 ans en 1995, puis 21 204 en 1997 chez les adolescentes du même groupe d'âge (Institut canadien d'information sur la santé, 2000).

Certaines choisissent d'être mères

On a découvert que plusieurs jeunes décident consciencieusement de mener la grossesse à terme pour élever leur enfant. On accepte d'évidence plus facilement les naissances hors mariage, aujourd'hui, qu'elles soient le fait d'adolescentes ou de jeunes femmes de plus de 20 ans (Singh et Darroch, 2000). Il y a de nombreuses théories sur ce choix délibéré de l'enfantement :

- Les jeunes moins scolarisés trouvent peut-être plus gratifiant d'avoir un enfant que de chercher un emploi quand ils ne croient pas avoir de très bonnes perspectives professionnelles (Stewart, 1998; Thomas, 1990).
- Les jeunes qui sont sûrs de leur orientation et envisagent des buts bien concrets sont moins susceptibles de vivre une grossesse, statistiquement. Aussi, ceux qui ont de bons rendements scolaires, participent à la vie communale et ont une forte notion de leur identité personnelle courent moins de risques de grossesses adolescentes (Stewart, 1998).
- Le programme Grandir ensemble, à Ottawa, a dénombré 24 raisons pour lesquelles les jeunes femmes deviennent enceintes (Grandir ensemble, 2000), notamment la pression ressentie pour devenir adulte, ou le fait qu'être père « rend homme » ou qu'être mère « rend femme », la naissance vue comme une réalisation, trop de temps libre ou les pressions culturelles environnantes.

On présente souvent les jeunes mères comme des personnes à l'avenir compromis. Mais chez plusieurs jeunes, le rôle parental a vraiment enrichi la vie. Dans bien des cas, la présence de l'enfant oblige à réfléchir à l'avenir et à mieux le préparer. Dans un groupe nominal qui s'est réuni à Ottawa, en 2000, certains jeunes parents voyaient avec crainte la responsabilité parentale mais croyaient aussi que l'éducation d'un enfant pouvait les inciter à changer (soit, en leurs propres mots, « à devenir meilleurs »).

L'idée de l'enfant comme catalyseur de changement trouve appui chez ces adolescents qui fréquentent des écoles conçues expressément pour les jeunes parents. Dans plusieurs centres urbains, au Canada, on trouve des programmes qui soutiennent les jeunes femmes enceintes ou mères. Ces services donnent aux jeunes un peu d'espoir pour l'avenir et leurs inculquent des talents nécessaires au succès. Comme l'avoue un jeune parent : « Pour mon bébé, j'ai cessé de prendre de la drogue, je suis retourné à l'école. J'ai eu la chance de me remettre à vivre » (Consultations auprès des jeunes, 2000). Comme l'ont indiqué les consultations menées pour le présent rapport, les jeunes disent qu'ils savent être de bons parents, responsables, et qu'avoir un bébé leur donne une occasion et une raison de changer leur vie (Consultations auprès des jeunes, 2000).

Parfois, des jeunes femmes ont plus d'une grossesse. Il y a un manque de recherche sur les motivations et les conséquences d'un deuxième ou d'un troisième enfantement lors de l'adolescence. Certaines recherches voient les naissances ultérieures comme résultant d'un manque de planification de l'avenir (Gillmore, 1997). Mais on suppose aussi que les jeunes femmes décidant d'avoir plusieurs enfants n'ont pas de projets bien précis de carrière ou d'études. Le Gouvernement du Québec aborde directement le problème : « En effet, on sait que lorsque les adolescentes ne s'engagent pas dans un projet de vie en fait d'études ou d'emploi, par exemple, elles courent des risques plus élevés de se trouver encore enceintes. Peut-être croient-elles qu'en agissant de la sorte, elles échappent à leur isolement émotionnel et à leurs problèmes financiers » (Gouvernement du Québec, 1998).

Un autre facteur pouvant conduire à plus d'une naissance à un jeune âge pourrait être l'incompréhension des risques de grossesse. Dans une étude menée à l'Hôpital général d'Ottawa, le

tiers des jeunes femmes n'ont pas été informées sur la nécessité de la contraception lors du post-partum (Lena et al., 1993). Si ces jeunes mères n'en ont pas été avisées, peut-être ignoraient-elles qu'on peut devenir enceinte même lors de l'allaitement.

De surcroît, certaines cultures acceptent l'enfantement précoce et, même, l'encouragent chez leurs jeunes femmes. Voilà un domaine de recherche qui mérite d'être exploré.

Quelles que soient leurs raisons pour devenir parents, les jeunes ont besoin de services efficaces et de compréhension informée pour prendre leurs décisions de vie.

Les institutions environnantes comme déterminant de la santé

On considère souvent que les grossesses involontaires résultent d'un manque de connaissances sur la contraception et d'un manque d'accès à cette dernière (Thomas, 1990, *Manitoba Association of School Trustees*, 2000). L'éducation sexuelle est le véhicule le plus important d'information permettant aux jeunes de prendre des décisions et d'exercer des choix, elle est la plus grande institution sociale d'apprentissage sur la santé sexuelle (MacKay, 1993; *SIECCAN*, 2000). Qu'en est-il donc du rôle de l'éducation sexuelle ? Et quelle est son efficacité ?

Le contexte historique

L'éducation sexuelle auprès de la majorité de la population canadienne a connu plusieurs étapes. Elle commença en raison de nombreux facteurs sociaux, politiques et économiques. Lorsqu'on y fut inquiet d'une hausse de «la délinquance sexuelle», l'Ontario, par exemple, décida d'instaurer l'éducation sexuelle dans les écoles publiques à la fin des années 1940. Plusieurs personnes de l'époque croyaient que la délinquance sexuelle – alors associée à l'homosexualité, aux crimes sexuels, à la promiscuité, aux maladies vénériennes et aux ruptures des mariages (Sethna, 1995) – détruisait la fibre morale de la société. On avait surtout peur des maladies vénériennes qui, croyait-on, menaçaient⁴ l'intégrité de la société blanche et patriarcale d'alors, constituée de familles nucléaires qu'on désirait garder intactes. L'éducation sexuelle permettait ainsi d'informer «précisément» les enfants en les convainquant des dangers que posaient l'activité sexuelle, la promiscuité et l'homosexualité (Dilworth, 1999). L'éducation sanitaire se pencha d'abord sur l'apparence et le développement de la personnalité (Sethna, 300).

Au fil du temps, l'éducation sanitaire et l'éducation sexuelle ont connu des changements marqués. Quand un amendement au Code criminel du Canada, en 1969, rendit légales la dissémination et la distribution de moyens contraceptifs et d'information à leur égard, l'éducation sanitaire, là où elle était dispensée auparavant, s'était surtout employée à encourager l'abstinence sexuelle.

Au cours des dix dernières années, on a davantage valorisé l'éducation sexuelle en milieu scolaire. Le public accepte de mieux en mieux son insertion dans les écoles (Langille, 1999). L'un des facteurs derrière l'assentiment public est le désir de combattre l'épidémie du VIH et du sida

⁴ Voir Joan Jacobs Brumbert, *Learning to Menstruate the American Way 1850-1950*, Jay Cassel, *Making Canada Safe for Sex: Government and the Problem of Sexually Transmitted Diseases in the Twentieth Century*, et Christabelle Sethna, *The Facts of Life: The Sex Instruction of Ontario Public School Children, 1900-1950*.

(Singh et Darroch, 2000; Wadhwa, 15). L'information et les conseils ainsi dispensés aux jeunes les ont mieux sensibilisés à la santé sexuelle, à la prévention de la grossesse, du VIH, du sida et des maladies transmises sexuellement.

Pourquoi le système scolaire ?

La recherche suppose que les écoles publiques sont un vecteur logique d'information auprès des jeunes. Elles renferment de grands nombres d'adolescents qui les fréquentent obligatoirement chaque jour. Les adultes qui enseignent dans les écoles publiques travaillent souvent près des jeunes et connaissent leurs réalités quotidiennes (Frost et al., 1995). Les écoles ont les capacités de changement qui leur permettent de s'adapter à la vie courante des jeunes. Si, en pleine classe, une enseignante constate que la plupart des élèves savent comment prévenir la grossesse mais ignorent comment utiliser le moyen de contraception mis au programme, elle adaptera le programme en fonction de son groupe. Il est impossible de savoir si de telles souplesses sont le fait de toutes les écoles, mais on en suppose la possibilité.

La recherche considère qu'une classe d'élèves est un public captif, idéal pour certaines interventions spécifiques car on peut réinterviewer les sujets et leur refaire passer des évaluations pour déterminer l'efficacité d'une mesure prise (Frost et al., 1995). Les élèves eux-mêmes ont avoué qu'il préféreraient obtenir leur information des écoles. Dans une étude menée par McKay et Holoway en 1997, les élèves préféreraient leur école à cinq autres sources d'information en matière d'éducation sexuelle (Evans, 1998). Seulement, la recherche admet que le système scolaire n'atteint pas toujours les sujets les plus à risque, soit ceux qui sèchent leur cours, décrochent, ne vont pas actuellement à l'école, ont terminé leurs études ou vivent dans la rue. Les jeunes des réserves n'ont pas forcément accès à cette information, eux non plus.

L'opposition à l'éducation sexuelle en milieu scolaire

Même si l'éducation sexuelle en milieu scolaire tend à se généraliser et à s'améliorer, elle butte encore à de l'opposition. Ses détracteurs estiment que le fait de parler de sexualité encourage l'activité sexuelle ou les relations sexuelles chez les jeunes, et, pis encore, leur en donne la permission. Ce type d'argument n'est pas rare. Mais au contraire, la recherche démontre que le fait de parler de sexualité n'en encourage pas la pratique et n'augmente pas la fréquence des activités sexuelles.

- Une étude menée par la *Planned Parenthood Federation* établit qu'un programme équilibré traitant d'abstinence et de contraception n'augmente pas l'activité sexuelle chez les adolescents (Hanvey in BC Alliance; Miller, 1995).
- La *Planned Parenthood Nova Scotia* indique des résultats semblables : « on croit trop souvent que le fait de parler de sexualité « déclenche » l'activité sexuelle chez les jeunes. Aucune étude, aucun résultat de recherche ne corrobore cette crainte » (*Planned Parenthood Nova Scotia*, 1996b).
- Ce même organisme cite une étude de l'Organisation mondiale de la santé où l'on a analysé 35 études pertinentes pour ne trouver aucune preuve que l'éducation sexuelle provoque des activités sexuelles fréquentes ou plus précoces.

- Selon le service de santé de Timiskaming du *Durham Regional Health Department*, il relève du mythe de croire que « l'éducation sur la sexualité éveille la curiosité et suscite l'expérimentation... En fait, la recherche démontre que l'éducation sexuelle n'entraîne ni la précocité ni la fréquence accrue des activités sexuelles » (*Timiskaming Health Unit*, 2000).

Certains opposants affirment que les parents ne veulent pas d'éducation sexuelle dans les écoles. Mais des études ont démontré le contraire, chez les parents du Canada. Dans un projet mené dans une zone non urbaine de la Nouvelle-Écosse, 100 % des parents interrogés déclaraient que la grossesse adolescente et que les MTS chez les jeunes étaient des problèmes de taille qui méritaient qu'on intervienne (Langille, 1999). En 1996, 85 % des parents interrogés étaient d'accord avec l'affirmation suivante : «L'éducation sexuelle devrait être dispensée dans les écoles» (Evans, 1998; *SIECCAN*, site Web, 2000). On n'a mené aucune étude semblable dans les milieux autochtones et inuits. Voilà un domaine sur lequel se pencher. En résumé, par ailleurs, on a démontré qu'à la fois les parents et les élèves préfèrent l'éducation scolaire en matière de santé sexuelle.

Comment savoir si l'éducation sexuelle à l'école est efficace ?

L'une des difficultés pour évaluer l'éducation sexuelle en milieu scolaire, au Canada, est qu'elle n'est pas obligatoire dans toutes les provinces et les territoires. En 1997, on a publié un livre de recommandations intitulé « Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle ». Cet ouvrage a été conçu selon les recommandations du Comité consultatif interdisciplinaire d'experts sur les maladies transmises sexuellement chez les enfants et les jeunes (CCIE-MTS) et celles du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé génésique des adolescents. Cependant, comme le précise la préface des Lignes directrices, « Les lignes directrices ne recommandent pas de programmes d'études particuliers, pas plus qu'elles ne proposent des stratégies pédagogiques concrètes, car d'autres ouvrages traitent déjà de ces questions. » (Santé Canada, 1997).

Une telle situation fait en sorte que chaque commission scolaire, chaque école et chaque enseignant décide de la matière à enseigner et de la manière de l'enseigner. Par conséquent, certains enseignants ne touchent pas à l'éducation sexuelle ou à certaines de ses facettes, par malaise ou préjugé personnel (Evans, 1998). Il est donc difficile d'évaluer le succès qu'a l'éducation comme moyen de prévention de la grossesse adolescente. On ne peut que spéculer, à l'instar du Gouvernement du Québec, que « si ces cours n'existaient pas, les grossesses... seraient probablement plus fréquentes qu'[elles ne le sont] à l'heure actuelle » (Gouvernement du Québec, 1998).

Les embûches à la diffusion de ressources sexuelles efficaces sont le manque d'engagement parental en fait d'éducation sexuelle, la langue, la pauvreté, les conflits religieux, les différences culturelles et la distance géographique par rapport aux points de services (Orton, 1994). Tous ces facteurs ont sans aucun doute joué un rôle dans l'argumentation sévissant autour de l'inclusion ou l'exclusion de l'éducation sexuelle dans le milieu scolaire.

Certains chercheurs se sont attaqués à la tâche de mesurer le succès des programmes d'éducation sexuelle. En 1981, Orton et Rosenblatt ont trouvé trois points sur lesquels baser une évaluation. On augmente l'impact positif sur une population si 1) toutes les écoles de la région don-

ment de l'éducation sexuelle, 2) on inclut la contraception et le planning des naissances au programme; 3) on donne les cours aux jeunes avant l'âge de seize ans (comme l'indique la *Planned Parenthood Nova Scotia*, 1996b). D'autres études corroborent ces recommandations : la façon la plus significative de donner de l'impact ou du succès à l'éducation sexuelle est de la jumeler à un accès adéquat aux services et à l'information (Orton et Rosenblatt, 1981; Santé Canada, 1998; *Planned Parenthood Nova Scotia*, 1996b; *International Planned Parenthood Federation*, 1995; Frost et al., 1995; Langille, 1999).

Selon les résultats de recherche de Fisher et Fisher (1998), de Santé Canada (1994) et de Kirby et al. (1994), le *Sex Information and Education Council in Canada (SIECCAN)* affirme que l'éducation sexuelle peut être un moyen de prévention important. Il indique aussi que les programmes les plus efficaces rendent les élèves capables d'utiliser l'information qu'on leur dispense et de reporter leur première relation sexuelle. Comme le souligne le SIECCAN à son site Web (2000), « la recherche démontre de façon continue que les programmes bien conçus employant cette double méthode se révèlent efficaces pour retarder la première relation sexuelle et pour augmenter l'usage de moyens contraceptifs chez les jeunes qui ont déjà une vie sexuelle active ».

Le lieu géographique est aussi important en fait de jumelage d'éducation et de services. Couplé à l'environnement, le lieu géographique constitue un déterminant de la santé. Les régions urbaines dispensent généralement plus de services que les régions rurales, et ces services peuvent y être annoncés de façon tout à fait anonyme. Au contraire, l'adolescente qui se prévaut de services au milieu d'une petite ville risque fort probablement de connaître une des personnes qu'elle croise. Les jeunes ont parfois peur d'être reconnus par quelqu'un qui pourrait dévoiler à leurs parents leur présence dans une clinique de santé sexuelle, par exemple. On a trouvé des preuves à cet égard en Nouvelle-Écosse, où les jeunes hors des villes essuient de sérieux désavantages d'accès et de services à cause de leur lieu de résidence (*Planned Parenthood Nova Scotia*, 1996b; *Amherst Initiative for Healthy Adolescent Sexuality*, 1999 -- et pour les régions rurales, en général, Wadhera, 1991).

L'accès aux services et aux ressources

Même si on connaît parfaitement la contraception, on peut éprouver de la honte, de la gêne ou de la crainte à réclamer des services ou à acheter des moyens contraceptifs. C'est du moins ce qu'invoquaient comme raison d'éviter les cliniques de santé sexuelle 43 % des jeunes interrogés à ce sujet en Nouvelle-Écosse en 1996 (*Planned Parenthood Nova Scotia*, 1996a). Si, en plus, on est une femme, membre d'une minorité culturelle, lesbienne ou homosexuel, il est encore plus difficile d'accéder aux ressources (*Planned Parenthood Nova Scotia*, 1996a). « Les jeunes s'adonnent à des relations sexuelles non protégées parce qu'ils ne veulent pas qu'on les voie acheter des condoms. Ils ne posent pas de questions aux adultes car ils ne savent en qui ils peuvent avoir confiance... Ils savent que la sexualité est un sujet tabou, et ont donc peur de chercher de l'aide » (Langille, 1999).

Les études indiquent que même s'ils connaissent la contraception grâce à l'éducation sexuelle, il peut arriver que les jeunes négligent de prendre des précautions pour une série de raisons diverses. La recherche stipule que la plupart des mères adolescentes sont au courant des moyens de contraception (Englander, 1997; Paulson, 1999). Au Manitoba, 99 % des adolescentes de 15

à 19 ans qui étaient devenues enceintes disaient connaître des moyens de contraception (Paulson, 1999). De même, une autre étude démontre que même si 85 % des adolescents se disent bien informés sur les moyens de contraception, seuls 42 % y ont recours (Posterski et Bibby, 1988). Selon une autre recherche, les jeunes attendent en moyenne 17 mois après le début de leur vie sexuelle pour consulter leur médecin au sujet des moyens de contraception (Miller, 1995). Ces résultats démontrent combien il peut être difficile de choisir les programmes qui se révéleront les plus efficaces. Cependant, les intervenants en éducation sexuelle recommandent des apprentissages fondés sur la théorie qui ont une portée générale et une orientation spirituelle, et des programmes qui font partager les responsabilités par le milieu environnant (Evans 1998).

Ainsi, l'éducation sexuelle est fréquemment citée comme la technique de prévention la plus importante et la plus efficace qui soit. On peut présenter des stratégies préventives d'autres façons encore. Les programmes de prévention vont souvent de pair avec l'éducation que reçoivent les jeunes. Dans leur ensemble, les programmes de prévention rattachés au milieu scolaire sont une part importante des moyens déployés pour prévenir les grossesses adolescentes.

L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION

La documentation consultée pour la présente revue cherche à souligner l'importance de la prévention en déclinant ses avantages économiques.

- Selon la *Planned Parenthood*, chaque dollar dépensé pour prévenir les grossesses adolescentes pourrait permettre d'économiser dix dollars sur les frais d'avortement et les coûts de maintien des revenus chez les jeunes mères monoparentales (*Planned Parenthood Donor Update*, 1999).
- Une analyse de rendement menée en Ontario démontre que les programmes de prévention entre 1975 et 1983 ont permis d'éviter plus de 21 000 grossesses adolescentes, pour une économie nette de 25 millions de \$ (*Childbirth by Choice (CBC) Trust*, 2000b).
- En 1986, Orton et Rosenblatt estimaient que chaque dollar affecté aux services de planning familial permettait d'économiser plus de 10 \$ en bien-être social et en prestations familiales seulement (*CBC Trust*, 2000).

Les évaluations de certains programmes ont déterminé qu'une intervention précoce en éducation sexuelle arrive à différer le début des relations sexuelles (Frost et al., 1995). Santé Canada dresse la conclusion suivante :

- « ... les décisions sur l'activité sexuelle et la reproduction prennent une importance cruciale. Les meilleurs choix surviennent chez les êtres dotés d'un solide fondement d'habiletés personnelles depuis leurs premiers jours de vie, quand ils ont accès à de l'information, à de l'éducation et à des soutiens qui facilitent la santé » (Santé Canada, 1999a).

L'intervention précoce est importante pour plusieurs facettes de la prévention. Dans une étude sur la santé sexuelle, le VIH et le sida, on a conclu que les stratégies de prévention visées étaient les plus efficaces « avec une intervention précoce et complète d'information et de sensibilisation (au VIH et au sida), jumelée à la promotion des comportements sexuels sécuritaires » (Meda, 2000). Ces résultats peuvent être reliés à la prévention de la grossesse adolescente. Ils prouvent combien il incombe de procéder à une intervention précoce.

Certaines stratégies se sont montrées efficaces. Les éléments principaux en sont décrits ci-dessous, puisés directement dans le rapport final du programme de prévention de grossesses adolescentes élaboré pour les projets du PACE et du PCNP :

Stratégies pour anticiper

Le *National Crime Prevention Council* fait mention de plusieurs facteurs protecteurs qui réduisent l'effet du risque et donc atténuent les probabilités qu'un adolescent encoure de graves problèmes antisociaux. Certains des facteurs protecteurs sont la capacité de résoudre des problèmes, des habiletés de vie et des talents de communication, la sociabilité, une personnalité ou un tempérament résilients, un sentiment d'appartenance, des attachements sûrs à la famille ou à des parents à influence positive, de bonnes relations avec des pairs aux horizons ouverts,

l'accès à d'autres adultes aimants ou aidants, une discipline appropriée, de la structure et l'établissement de limites de la part des parents, des occasions de connaître le succès et d'augmenter l'estime de soi (*National Crime Prevention Council*, 1997).

Dryfoos (1990, 1992, 1993) a fait des études approfondies sur la prise de risques chez les adolescents. Pour mieux réduire ces risques, elle recommande les méthodes qui combinent les interventions individuelles, les interventions scolaires et des interventions communautaires. Les plus prometteuses sont notamment les suivantes :

Interventions individuelles :

- de l'attention personnalisée pour renforcer la réaction des jeunes à la pression des pairs et leur préparation au travail (soit par des mentors, des psychologues, des chargés de cas);
- le développement de leurs habiletés d'expérience;
- des visites à domicile lors de la petite enfance et de la pré-adolescence..

Interventions scolaires :

- des interventions qui augmentent les probabilités de succès des enfants défavorisés telles les écoles alternatives, l'éducation spécialisée, la formation des enseignants, et de véritables rôles pour les parents à l'intérieur de l'école;
- dans l'école même : de l'aide psychologique, du mentorat, des services de santé, l'élargissement des horizons d'avenir, des programmes communautaires de santé mentale.

Interventions communautaires multisectorielles :

- des campagnes d'éducation et de la promotion médiatique ;
- la collaboration entre l'école et le milieu communautaire pour améliorer l'accès à la contraception, à l'emploi, aux loisirs, à des études suivies, et pour lutter contre l'accès trop facile au tabac et à l'alcool;
- un effort concerté pour entraîner les grands changements sociaux qui réduiront l'errance, la pauvreté, le racisme, et rehausseront l'emploi et le bien-être.
- Chez les Autochtones, on doit préconiser une méthode culturellement adaptée dont le milieu peut assumer la pleine possession. Et toute approche d'intervention doit tenir compte des facteurs suivants (Stout et Kipling, 1995) :
 - Les Autochtones s'opposent vigoureusement à l'adoption de leurs enfants ou à leur placement en famille d'accueil non-autochtone. De pareilles pratiques nuisent gravement à la vitalité de leur langue et de leur culture.
 - L'éclatement de la famille agrandie a aggravé les risques chez les jeunes parents autochtones et leurs enfants. Comme les enfants ont de moins en moins de rapports avec leurs grands-parents, leurs oncles et leurs tantes, il perdent de vue leurs modèles et tendent davantage à se rabattre sur des comportements autodestructeurs.
 - Les Autochtones plus âgés doivent sérieusement et sincèrement s'efforcer d'aller dans le sens des énergies et des intérêts des jeunes, surtout lorsqu'ils prennent des décisions qui les concernent.

- Les conflits entre générations se sont aggravés dans plusieurs milieux autochtones, ce qui a mené à de l'aliénation, à de la toxicomanie et à des rapports sexuels précoces. Les grands-parents et les aînés sont exclus de l'éducation des enfants, d'où une perte de la langue et de la culture traditionnelles chez les plus jeunes.

Les stratégies pour reporter

L'éducation sexuelle et l'accès à la contraception

Les études démontrent que l'éducation sexuelle est efficace quand :

- on la combine à l'accès gratuit et confidentiel aux contraceptifs (certains gouvernements, au Canada, ont fait installer dans les écoles ou tout près d'elles des cliniques de santé gérées par des professionnels de première ligne);
- une saine sexualité fait partie de la vie de l'enfant dès l'âge préscolaire;
- une saine sexualité se fonde notamment sur des habiletés d'expérience acquises par la découverte de soi et les techniques telles le jeu de rôle (Franklin et al., 1997) – les cours didactiques, s'ils ne forment pas d'habiletés, s'étant démontrés inefficaces (Cockey, 1997);
- on inclut les sujets suivants : la négociation d'ententes, le développement de la relation, la communication, la prise de décisions, l'établissement d'objectifs, l'image du corps, la réaction aux sensations et émotions, l'usage des contraceptifs, la masturbation, les préférences sexuelles, et les pratiques autres que le coït;
- elle veut aider les jeunes à reporter leur premier coït, et à employer un moyen contraceptif ou un condom lorsqu'ils auront leurs premiers rapports – les appels à l'abstinence seulement s'étant révélés inefficaces (Cockey, 1997);
- tous les enseignements sur les habiletés sexuelles sont fournis par une personne-ressource de l'extérieur spécialisée en éducation sexuelle et crédible par les jeunes — les études d'Orton et de Rosenblatt indiquent que même si les infirmières en santé publique donnent efficacement ces cours dans les écoles, elles ne peuvent tout couvrir car on a sérieusement coupé les budgets des services de santé publique qui permettaient leur intervention, ces dernières années ;
- les parents savent ce qu'apprennent leurs jeunes, renforcent les messages des cours, et sont à l'aise pour parler de santé sexuelle dès le plus jeune âge de leurs enfants.
- En outre, la Table ronde autochtone sur la santé sexuelle et génésique recommande l'approche suivante pour l'éducation sexuelle dispensée aux jeunes des Premières nations :
 - des programmes adéquats à la culture autochtone englobant une sexualité humaine holistique ;
 - l'inclusion des parents de sorte qu'ils puissent communiquer honnêtement et ouvertement sur le développement sexuel de leurs enfants;
 - rendre très accessibles des ressources en planning familial;
 - fournir des ressources culturellement adéquates, et de grande qualité;
 - informer les gens du milieu des risques et avantages des diverses méthodes de planning familial.

Les modèles canadiens

Une bonne éducation sexuelle jumelée à des services accessibles de contraception se sont révélés des moyens efficaces au Canada (Hanvey in *BC Alliance*, 1999b; Langille, 1999). Le facteur le plus important de prévention est le soutien constant du milieu environnant (Langille, 1999). Outre l'importance du soutien communautaire et parental, la façon la plus efficace d'atteindre les jeunes et de gagner leur confiance, selon la *Manitoba Association of School Trustees*, est de véhiculer des messages réalistes et non empreints de jugements de valeur (*Manitoba Association of School Trustees*, 2000).

Le Canada a été l'hôte d'un projet remarquable sur la santé sexuelle qui s'est déroulé dans un milieu non urbain à Amherst, en Nouvelle-Écosse. Inquiets des pratiques sexuelles peu sécuritaires chez les jeunes, des adultes ont fondé un organisme à but non lucratif pour améliorer leurs services de santé sexuelle (*Amherst Association for Healthy Adolescent Sexuality*). Cette association a lié son action aux services communautaires existants, en adoptant des méthodes variées, notamment des cours d'éducation sexuelle en milieu scolaire, une campagne médiatique, la création d'une clinique pour les adolescents, et la formation d'une coalition de parents, d'éducateurs, d'adolescents et de travailleurs communautaires, tous bien décidés à améliorer la santé sexuelle des jeunes. L'association a créé des partenariats avec des gens de différents milieux : des chercheurs, des éducateurs, des décideurs et des adolescents. Le succès de cette initiative est redevable à l'atmosphère communautaire de ce projet, à l'engagement de bénévoles dévoués à leurs équipes, tout autant qu'à la présence de travailleurs rémunérés. Le projet Amherst a ciblé la recherche participative comme moyen approprié de réussir auprès des collectivités.

Le grand but de cette recherche était de savoir si on pouvait « réduire les risques du comportement sexuel des adolescents par une action concertée et intersectorielle de type communautaire sur les déterminants de la santé sexuelle, action menée dans les milieux des services éducatifs et sociosanitaires »⁵ Les conclusions du rapport final du projet Amherst sont indispensables au succès des programmes de prévention. Car après deux ans d'intervention, les jeunes d'Amherst étaient plus portés à contrôler leur santé sexuelle, ils utilisaient plus fréquemment et plus continûment des moyens contraceptifs (Langille, 1999).

Le rapport final indique que le succès du programme est lié à trois des attributs principaux de la collectivité d'Amherst, en Nouvelle Écosse (1999) :

- 1) Plusieurs organismes sociaux avaient mis la sexualité adolescente à leur programme; ils avaient donc préparé le public à pouvoir passer à l'action.
- 2) On a su déceler des liens entre la forte incidence des grossesses adolescentes et l'étendue des activités sexuelles chez les jeunes, en particulier les activités à risque élevé (comme on a su le déterminer au moyen d'une recherche par sondage), et, de là, on a su reconnaître l'importance d'intervenir.
- 3) Le coordonnateur du projet qui était responsable de promouvoir l'association était originaire d'Amherst.

⁵ Langille, 3.

Le projet Amherst démontre combien peuvent être efficaces les programmes d'intervention où l'on implique les jeunes eux-mêmes en sachant les respecter, les soutenir sans les menacer ou les renvoyer. Il a permis d'élaborer de nombreuses recommandations sur les orientations et les pratiques, notamment les suivantes :

- il faut penser à des centres de santé à même les écoles et leur donner des antennes pour atteindre les jeunes qui ne fréquentent plus le système d'éducation;
- les services de santé dispensés aux adolescents doivent être complètement confidentiels;
- toute la communauté doit participer à la planification des mesures à prendre;
- les personnes qui dispensent l'éducation sexuelle doivent avoir accès à une formation adéquate;
- l'éducation sexuelle et ses directives dans l'école doivent avoir le plein soutien des administrateurs.

Le projet Amherst prouve qu'il est efficace d'impliquer le public en matière de santé adolescente. Il s'agit de « permettre aux organismes de participer, sans en assumer l'entière responsabilité, de bâtir du soutien public, de maximiser le pouvoir du projet, de minimiser le dédoublement de tâches, de faire participer toute une variété de gens à des degrés variés de pouvoir » (1).

En somme, le projet Amherst constitue un programme évalué qui, selon son rapport final, se révèle en tous points efficace. Ses résultats illustrent l'importance des programmes communautaires de type coopératifs qui réussissent à prévenir les grossesses adolescentes en faisant la promotion de la santé sexuelle. Il démontre l'importance d'une participation active des jeunes eux-mêmes si l'on veut implanter des stratégies ciblant ceux qui en ont le plus besoin. En outre, il prouve l'importance des partenariats qui, lorsqu'ils sont bien gérés, minimisent le dédoublement des efforts et des tâches. Voilà l'un des seuls programmes de prévention qui ait été évalué au Canada, et son succès peut certes servir d'exemple à toute initiative future.

Les modèles internationaux

En Grande-Bretagne, la *Social Exclusion Unit* a dirigé le *British Teenage Pregnancy Report* en 1999. Ce rapport décrit la grossesse adolescente comme une cause et une conséquence de l'exclusion sociale et il se donne deux buts spécifiques : réduire la prévalence des conceptions chez les adolescentes pour mener plus de jeunes vers l'éducation, la formation et l'emploi de façon à diminuer leur exclusion sociale à long terme. Le rapport rappelle qu'il n'y a pas une seule explication à la forte incidence des grossesses adolescentes en Grande-Bretagne, mais bien plusieurs facteurs déterminants tels l'ignorance, les sentiments confus et les faibles attentes sociales des jeunes.

Le rapport cible la « négligence » (autant sociale que gouvernementale) comme la plus grande barrière à l'élimination des grossesses adolescentes. Il déplore l'absence d'une institution imputable de ce problème. Il recommande les stratégies de proche collaboration entre les éducateurs, les législateurs, les décideurs et les jeunes eux-mêmes.

En résumé, le rapport s'attarde aux grossesses adolescentes et à certains des facteurs qui peuvent les causer, mais il entame aussi un dialogue sur des choses qui devront être changées. On y prône aussi le soutien aux adolescents qui ont déjà des enfants.

Autres projets et ressources

Dans la documentation parcourue, on trouve des projets qui traitent des questions reliées aux grossesses adolescentes comme l'éducation, la distribution de moyens contraceptifs et d'autres sujets touchant la santé sexuelle. On y aborde souvent la question de la grossesse adolescente, mais elle n'est pas l'élément principal dont on traite. Les exemples ci-dessous portent directement sur les grossesses adolescentes et peuvent servir de ressources à qui en chercherait.

Manitoba Regional Youth Consultations (1998) En 1998, l'association des commissaires d'écoles du Manitoba a lancé des consultations régionales auprès des jeunes. Le programme impliquait 375 jeunes. Avec de l'aide communautaire, on a mis sur pieds une campagne médiatique avec de courts messages à la télé et des publicités à la radio.

Big Break Comics (1988). Ce projet s'articule autour d'une bande dessinée. C'est le format que prennent, dans un même petit album, trois scénarios sur la grossesse adolescente qui illustrent ce que pourraient vraiment vivre les jeunes. La bande dessinée comporte des jeux, des questionnaires, des colles sur la grossesse adolescente, sans oublier d'autres sujets d'intérêt chez les jeunes. Entre les récits, on trouve des publicités pour les lignes d'aide, des résumés sur les maladies transmises sexuellement, les agressions, les relations sexuelles protégées et la grossesse; on y répète le numéro d'une ligne d'aide consacrée à la jeunesse (*Facts of Life line*) à Winnipeg, où se déroule l'action de la bande dessinée.

Meilleur départ d'Algoma : l'affiche « Mathématiques humaines ». Ce programme est un bon exemple de participation des jeunes. Une équipe de 79 adolescents ont pris part à la création d'une affiche pour une école francophone. Ses messages sont : « *Mathématiques humaines, pensez-y* », et sous cette phrase figure l'équation : « $1 \text{ ♀} + 1 \text{ ♂} = 3$ ».

Recapp Scavenger Hunt (2000). Ce programme américain lançait une cyberchasse au trésor où les étudiants devaient trouver des renseignements et des services sur la grossesse par l'Internet.

Advocates for Youth (1999) Cet organisme américain orchestre chaque année en octobre le mois national de prévention de la grossesse adolescente. Le programme est géré par des jeunes et des adultes aux quatre coins des États-Unis.

Les États-Unis comptent de nombreux organismes chargés de prévenir la grossesse adolescente, notamment les deux suivants :

Alan Guttmacher Institute. Cet institut possède un important site sur Internet et donne des liens nombreux vers des sites reliés. L'Institut a pour mission de fournir des renseignements fiables, objectifs et équilibrés sur l'activité sexuelle, la contraception, l'avortement et la grossesse. Pour y arriver, l'institut œuvre à cibler les questions principales, à réunir et à analyser les données pertinentes et à publier les réponses à ces questions.

PASHA (Program Archive on Sexuality Health and Adolescence). Cet organisme collige des résultats de recherche sur l'efficacité des programmes actuels sur la grossesse adolescente et le VIH ou le sida. Il fournit du matériel pour implanter et évaluer ces programmes (Card, 1999). Son impact, selon J. Card, est d'augmenter l'abstinence ou de différer le premier rapport sexuel, d'améliorer les schémas de contraception et de diminuer les taux de grossesses. Seulement, l'auteur note aussi que les programmes ont peu d'effet sur le nombre de partenaires sexuels ou la fréquence des rapports sexuels entre adolescents.

CONCLUSION

La prévention est une tâche importante, selon ce que dévoile la documentation de la recherche actuelle. Mais il s'agit néanmoins d'une tâche complexe, tributaire de la collaboration entre l'entourage des jeunes, les décideurs et législateurs, les chercheurs et les adolescents eux-mêmes.

La présente revue de documentation s'est penchée sur des recherches voulant que, statistiquement, les jeunes parents se préparent à une vie de pauvreté, à peu de scolarité et à moins de perspectives d'emploi que les jeunes qui n'ont pas d'enfants. Quand on trouve des recherches sur la prévention de la grossesse, elles s'attardent généralement aux aspects négatifs de la vie des jeunes parents, et notamment aux faits suivants :

- Il y a une forte corrélation entre le décrochage, la grossesse précoce et la pauvreté (Gouvernement du Québec, 1998).
- Les enfants de parents adolescents sont plus susceptibles de devenir de très jeunes parents à leur tour, et de faire perdurer de la sorte la pauvreté dans laquelle ils sont nés (Evans, 1998).
- Les mères adolescentes se retrouvent souvent peu scolarisées, sous-employées et sous-payées, et donc lèguent une vie défavorisée aux générations ultérieures.
- La femme qui enfante précocement court le risque de retarder son développement émotionnel, de connaître des abus et beaucoup de stress, et de voir ses perspectives d'avenir réduites, autant pour elle que pour son enfant (*Planned Parenthood Nova Scotia*, 21).
- La reproduction précoce représente de nombreux coûts pour la société. La mère abandonne ou interrompt bien souvent ses études, et donc limite ses possibilités de revenus futurs pour s'ancrer dans une vie de pauvreté (Thomas, 1990).

Malgré ces résultats de recherche, de nombreux jeunes parents déclarent que leur enfant leur a donné plus de joie qu'ils n'en avaient jamais connue. Avec de la résilience et de la détermination, plusieurs jeunes parents réussissent à jumeler leur vie de famille et leurs ambitions personnelles pour connaître le succès et devenir des modèles enviés auprès de leur enfant. Il demeure beaucoup d'espoir pour les jeunes adolescentes qui deviennent enceintes. Mais la pertinence d'une approche de prévention demeure évidente. La présente revue de documentation pourra constituer, on l'espère, une première étape pour définir les problèmes et mettre l'emphasis sur les stratégies actuelles.

L'organisme Planned Parenthood Nova Scotia a déterminé que pour chaque dollar dépensé à prévenir les mauvais impacts de la sexualité sur la santé, on épargne dix dollars en coûts de santé et d'aide sociale (22). Même s'il est problématique de mesurer économiquement les effets de la grossesse adolescente, la présente recherche souligne l'importance d'adopter la prévention comme priorité. Quelles que soient les décisions que prennent les jeunes à propos de leur vie, il importe de les soutenir dans leurs choix.

BIBLIOGRAPHIE

Alan Guttmacher Institute. *Teen Sex and Pregnancy*. Document électronique au:
< www.agi-usa.org/pub/fb_teen_s/sex.html >

-----, *Why is Teenage Pregnancy Declining ? The Roles of Abstinence, Sexual Activity and Contraceptive Use*.
Document électronique au:
< www.agi-usa.org/pubs/or_teen_preg_decline.html>

All about Sex: An Open Discussion About Sexuality For Adults, Teens and Pre-Teens (website). *Some Comments on Teenage Pregnancy in America*:
< http://allaboutsex.org/kso_topic_religion-morality&sex.html >

Anne Wright and Associates. Evidence About What Works to Prevent Teenage Pregnancy. Dans, *Forming a Canadian Coalition on the Prevention of Teenage Pregnancy: Three Background Papers*. Préparé par le Réseau de soutien pour jeunes parents célibataires pour Santé Canada. Avril 1998.

Augustine, Jean (Office of). *Canadian Contribution Towards Achieving Reproductive Health For All*. Ottawa: Canadian Association of Parliamentarians on Population and Development, 1998.

-----, *Reproductive Health as a Human Right: Background Paper*, Ottawa : Canadian Association of Parliamentarians on Population and Development, 1999.

Barret, Michael. "Selected Observations on Sex Education in Canada", *SIECCAN Journal*. 5 (1), Spring 1990.

BC Alliance Concerned with Early Pregnancy and Parenthood. *Newsletter*. Spring/Summer 1999a, BC Alliance Concerned with Early Pregnancy and Parenthood and YWCA of Vancouver.

-----, *Newsletter*. Winter 1999c. BC Alliance Concerned with Early Pregnancy and Parenthood and YWCA of Vancouver.

Bell Kaplan, Elaine. *Black Teenage Mothers: Becoming a Social Problem, Not Our Kind of Girl*. Berkeley: University of California Press, 1997.

Best Start (Website): <www.opc.on.ca/beststart/>

Brighter Futures for Healthy Children. *Twenty-Three Reasons Behind Teenage Pregnancy*. Ottawa : Brighter Futures for Healthy Children, 2000.

Brumberg, Joan Jacobs. "Learning to Menstruate the American Way 1850-1950." *Girls, Girlhood and Girls' Studies in Transition*. Eds Marion de Ras, Mieke Lunenberg, Amsterdam: Het Spinhuis, 1993.

Canadian Institute for Health Information. *Therapeutic Abortion Survey*. Ottawa: Statistics Canada, 2000.

Card, Josephina. "Teenage Prevention: Do Any Programs Work ?" *Annual Review of Public Health*. 1999. 20: 257-285.

Card, Josephina, Starr Niego, Alisa Mallari et William S. Farrell. "The Program Archive on Sexuality, Health and Adolescence: Promising 'Prevention Programs in a Box'". *Family Planning Perspectives*. 1996, 29 (5): 210-220.

Cassel, Jay. "Making Canada Safe for Sex: Government and the Problem of Sexually Transmitted Diseases in the Twentieth Century." *Canadian Health Care and the State: A Century of Evolution*. Ed., C. David Naylor. Montreal-Kingston: McGill-Queen's University Press, 1992.

Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont. *La Prévention des grossesses à l'adolescence : évaluation des résultats du projet S'exprimer pour une sexualité responsable*.

Childbirth by Choice Trust. Contraceptive Use in Canada, Pamphlet. Toronto: Childbirth by Choice Trust, 2000a.

----- . *The Economic\$ of Contraception, Abortion and Unintended Pregnancy*. Pamphlet. Toronto: Childbirth by Choice Trust, 2000b.

Childbirth by Choice, *Information for Teens About Abortion* (website). < www.cbctrust.com/teens.html/ >

Collins, Maureen. *Planned Parenthood: Sexual/Reproductive Health Initiative*. 1998. Planned Parenthood Federation. Best Start Website: <www.opc.on.ca/beststart/>

Committee on Unplanned Pregnancy. *Big Break Comics*. Winnipeg: The Committee on Unplanned Pregnancy, 1988.

Connop, H.L. et A.J.C. King. *Adolescent Smoking Initiation and Maintenance: Report of a Pilot Study of School Smoking Zones (Draft)*. Kingston: Queen's University, 1999.

Consultations auprès des jeunes. Ottawa 2000. Voir le Rapport final.

Currie, Candace, Klaus Harrelman, Wolfgang Sttertubulte, Rebecca Smith et Joanne Todd, Eds. *Health and Health Behaviour Among Young People*. Copenhagen: World Health Organization, 2000.

Dilworth, Kelli. "It's Wonderful Being A Girl: Sex Education in Ontario Schools, 1950-1969". Master of Arts Thesis: Carleton University, 1999.

Dougherty, D. "Major Policy Options form a Report to Congress on Adolescent Health". *J Adol Health*. 1993. 14(7):499-504.

Drill, Esther, Heather McDonald et Rebecca Odes. *Deal With It! A Whole New Approach to Your Body, Brain and Life as a gURL*. New York: Pocket Books, 1999.

Dubinsky, Karen et Susan Belyea. *Les dangers et les plaisirs pour les adolescentes : Rapport sur les jeunes femmes et la sexualité*. Ottawa : Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants, 1993.

Elo, Irma T., Rosalind Berkowitz King et Frank F. Furstenberg Jr. "Adolescent Females: Their Sexual Partners and the Fathers of Their Children". *Journal of Marriage and the Family*. Feb. 1999. 61:74-84.

Englander, Anrenée. *Dear Diary, I'm Pregnant: Teenagers Talk About Their Pregnancy*. Toronto: Annick Press, 1997.

Evans, Linda. "Sexual Health Education: a literature review on its effectiveness at reducing unintended pregnancy and STD infection among adolescents". *PROTEEN*. Montreal: Canadian Association for Adolescent Health, 1998.

Family Medicine – Nutrition and Adolescent Pregnancy. (Website). < www.meds.queensu.ca/medicine/fammed/adolpreg/ >

Fisher, William A. "Adolescent Contraception: Summary and Recommendations." Dans *Adolescents, Sex and Contraception*. D. Byrne and W.A. Fisher, Eds. New Jersey: Erlbaum, 1983.

----- . "Understanding and Preventing Teenage Pregnancy and Sexually Transmitted Disease/AIDS." dans *Social Influence Processes and Prevention*. J. Edwards et al., Eds. New York: Plenum Press.

----- . "Understanding and Promoting Sexual and Reproductive Health Behavior: Theory and Method." *Annual Review of Sex Research*. Volume 9. 1998. Page 39-76.

Frost, Jennifer J. et Jacqueline Darroch Forrest. "Understanding the Impact of Effective Teenage Pregnancy Prevention Programs." *Family Planning Perspectives*. 1995. 27 (5).

Gillmore, Mary Rogers, Steven M. Lewis, Mary Jane Lohr, Michael S. Spencer and Rachelle D. White. "Repeat Pregnancies Among Adolescent Mothers". *Journal of Marriage and the Family*. Aug. 1997. 59: 536-550.

Gouvernement du Québec. *Un nourrisson... et de l'ambition! La scolarisation des mères adolescentes : défi et nécessité*. Ministère de l'Éducation, 1999.

Government of Alberta. *Am I Ready for Sex?* < <http://www.health.gov.ab.ca> >.

----- . *Excerpts from Health and Life Skills: Kindergarten to Grade 9 Discussion Draft*, September 1999.

----- . Student Health Initiative. <<http://ednet.edc.gov.ab.ca/shi>> 2000.

Grey, Heather M. et Samantha Phillips. *Real Girl/Real World: tools for finding your true self*. Washington: Seal Press, 1998.

Health Canada. *Parenting Today's Teens*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 1999b.

Holmes, Janelle and Elaine Leslau Silverman. *We're Here, Listen to Us ! A Survey of Young Women in Canada*. Ottawa: Canadian Advisory Council on the Status of Women, 1992.

Hurst, Lynda. "Saving Babies from the Trash". *Toronto Star*. March 5, 2000.
< http://www.thestar.com/thestar/back_issues/ED2000 >

International Planned Parenthood Federation. *Women's Health, Women's Rights: Dialogue, Challenges, Overview, Responses*. 1995 (2).

Jenkins, Jenny et Daniel Keating. *Les risques et la résistance chez les enfants de six et de dix ans. Développement des ressources humaines Canada*. < <http://www.hrdc-drhc.gc.ca/arb/publications/research/1999docs/abw-98-23f.shtml> > 2000.

Kaplan, Elaine Bell. *Unravelling the Myths of Black Teenage Motherhood*. Los Angeles: University of California Press, 1997.

Kerr, Muriel. *Developing Strategies for Pregnant Teens and Young Parents: A Community Planning Process*. Vancouver: British Columbia Task Force on Teen Pregnancy and Parenthood and YMCA, 1989.

Kiernan, Kathleen, Hillary Land et Jane Lewis. *Lone Motherhood in Twentieth Century Britain: From Footnote to Front Page*. Oxford: Clarendon Press, 1998.

King, Alan J.C. *Young Women at High Risk: An Exploratory Study*. Kingston: Queen's University, 1998.

King, Alan J.C. William F. Boyce et Matthew A. King. *Trends in the Health of Canadian Youth*. Ottawa: Health Canada, 1999.

Kirby, D. *No Easy Answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. A research review commissioned by the National Campaign to Prevent Teen Pregnancy's Task Force on Effective Programs and Research. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. 1997. (202) 296-4012.

Kirby, D. et al. School-based programs to reduce sexual risk behaviours: A review of effectiveness. *Public Health Reports*. 1994. 109, 339-360.

Kirby, Douglas et al. The Impact of the Postponing Sexual Involvement Curriculum among youths in California. *Family Planning Perspectives*. 1997. 29(3) 100-108.

Langille, Donald (Ed.) *The Amherst Initiative for Healthy Adolescent Sexuality (AIHAS) Final Report*. Halifax: Dalhousie University, 1999.

Langille, Donald B., Janice Graham et Emily Gard Marshall. *So Many Bricks in the Wall: Developing Understanding from Young Women's Experiences with Sexual Health Services and Education in Amherst, N.S.* Halifax: Maritime Centre for Excellence in Women's Health, 1999.

Lena, Suji M. et al. "Birthing Experience of Adolescents at the Ottawa General Hospital Perinatal Centre." *Canadian Medical Association Journal*. 1993. 148 (12):2149-2155.

Mackay, Harry et Catherine Austin. *Single Adolescent Mothers in Ontario*. Ottawa: Canadian Council on Social Development, 1993.

Manitoba Association of School Trustees. *Media Campaign on Adolescent Pregnancy Prevention*. January 2000.

- McCreary Centre (website). *Fostering Youth Participation*. < http://www.mcs.bc.ca/ya_role.htm >
- *Key Findings*. < <http://www.mcs.bc.ca/rshlght.htm> >
- *Why Does Youth Participation Matter?* < http://www.mcs.bc.ca/ya_why.htm >
- McEwan, Kim. *Is Someone I know Pregnant?* Barrie: Best Start, 1998.
- *Voices of Pregnant and Parenting Teens*. Barrie: Best Start, 1998.
- McGregor, Sarah. "A Healthy Sexuality Without the Lecture". *Ottawa Xpress*, February 10, 2000: 13.
- Meda, N., I. N'Doye, S. M'Boup, A Wade, et al. "Low and Stable HIV Infection Rates in Senegal: Natural Course of the Epidemic or Evidence for Success or Prevention?" *PubMed Medline Query*. < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/> >
- Meilleur Départ -- Algoma. *Affiche sur la sexualité, résumé*, < http://www.opc.on.ca/beststart/pract_prod/index-fr.html/ >. 2000.
- Miller, Robert, "Preventing Adolescent Pregnancy and Associated Risks". *Canadian Family Physician*. 41: September 1995: 1525-1531.
- Musick, J.S. *Young, Poor and Pregnant; The Psychology of Teenage Motherhood*, Yale University. 1993.
- Nova Scotia Department of Health. *Teenage Pregnancy Rates: A Process in Data Organization*. Halifax: Health Information and Evaluation Section of Health Service Support Branch, 1999.
- O'Connor, M.L. "Social Factors Play Major Role in Making Young People Sexual Risk-Takers." *Family Planning Perspectives*. 2000. 32 (1).
- Orton, Maureen Jessop. "Institutional Barriers to Sexual Health: Issues at the Federal, Provincial and Local Program Levels – Ontario as a Case Study." *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 3 (3): 1994.30th Anniversary Special Issue: Sexuality Education. SIECCAN.
- Orton, Maureen Jessop et Ellen Rosenblatt. *Adolescent Birth Planning Needs: Ontario in the Eighties*. Toronto: Planned Parenthood Ontario, 1981.
- *Adolescent Pregnancy in Ontario, 1976-1986: Extending Access to Prevention Reduces Abortions, and Births to the Unmarried*. Oct. 1991 – Report #3. Hamilton: McMaster University, 1991.
- Paulsen, Roselle. "For the S.A.K.E. of Our Children... a Media Campaign on Adolescent Pregnancy". *Manitoba Association of School Trustees Journal*. March 1999.
- Petrie, Anne. *Gone to Aunt's : Remembering Canada's Homes for Unwed Mothers*. Toronto: McClelland and Stewart, 1998.
- Picard, Louise et al. Relation entre croyances et comportements en matière de santé : adolescence et maternité. Teen Prenatal Study (site Web). < <http://www.142.51.17.253/jrp/lbw/lbw06c.htm> >
- Picard, Louise et al. *Teen Prenatal Study : Sudbury/Manatoulin and Algoma Districts*. Ottawa: Health Canada through the National Health and Research Development Program (NHRDP), 1998.
- Planned Parenthood Federation of Canada. *InfoSexNet E-mail Bulletin*. April. 2000.
- *Planned Parenthood Donor Update*. Spring, 1999.
- Planned Parenthood Nova Scotia. *Just Loosen Up and Start Talking: Advice form Nova Scotian Youth for Improving Their Sexual Health*. Halifax: Nova Scotia Department of Health, 1996.
- *Technical Report*. Halifax: Planned Parenthood and the Nova Scotia Department of Health, 1996

Poulin, C. *Nova Scotia Student Drug Use: Technical Report*. Drug Dependency Services Division, Nova Scotia Department of Health and Dalhousie University. 1996.

PPT Express: A Newsletter of Teachers and Others Working With Pregnant and Parenting Teens. 10 (1).

ReCapp (website). Programs that Work: Focus on Kids. < <http://www.etr.org/recapp/programs/focuskids.htm> >

-----. Becoming A Responsible Teen. < <http://www.etr.org/recapp/programs/teen.htm> >.

-----. Reducing the Risk. < <http://www.etr.org/recapp/programs/rtr.htm> >.

-----. Identifying Risks and Protective Factors for Teen Pregnancy. < <http://www.etr.org/recapp/facts.htm> >.

-----. Journal Summary February 2000: Adolescent Pregnancy Prevention: A Review of Interventions and Programs. < <http://www.etr.org/recapp/research/index.htm> >.

-----. Beyond Curricula. < <http://www.etr.org/recap/practice/beyondcurricula.htm> >.

Rosenheim, Margaret K. et Mark. F. Resta, Ed. *Early Parenthood and Coming of Age in the 1990s*. New Jersey: Rutgers University Press, 1992.

Santé Canada. *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*. Ottawa: Santé Canada, 1999.

-----. *À la hauteur : Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes au Canada*. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie. < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/measuring/mu_ee_f.html >, 2000

-----. *La santé des jeunes : tendances au Canada* (Site Web). Santé Canada, Promotion de la santé en direct. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/pscs/f_tendances.html/>, 2000.

Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps. *Proceedings of the Prevention of Adolescent Pregnancy Symposium*. Catherine M. Ferguson, ed. Saskatoon, Saskatchewan. Nov. 15-16, 1982.

Sethna, Christabelle. *The facts of Life: The Sex Instruction of Ontario Public School Children, 1900-1950*. PhD Thesis: University of Toronto, 1995.

Sex Information and Education Council of Canada (SIECCAN). (Website) < <http://www.sieccan.org> >.

Sexuality Information and Resource Clearing House. *Adolescent Pregnancy: Selected Canadian Resources 1885 to date*. Ottawa: CIRCS/SIRCH, 1993.

Simpson, M.L. *A Leap in the Right Direction: Report on the Evaluation of LEAP (Lifestyle, Education for Adolescent Parents)*. Fredericton: VON New Brunswick Inc., 1999.

Singh, Susheela et Jacqueline E. Darroch. "Adolescent and Childbearing: Levels and Trends in Developed Countries." *Family Planning Perspectives*. 2000 32 (1): 14-23.

Sparks, Beatrice, ed. *Annie's Baby: The Diary Of Anonymous, A Pregnant Teenager*. New York: Avon Books, 1998.

Statistique Canada. «Avortements thérapeutiques». *Le Quotidien*. Le mercredi 5 novembre 1997.

Stewart, Paul and Associates. Population Health Approach to the Prevention of Teen Pregnancy: Research Evidence for Action. In *Forming a Canadian Coalition on the Prevention of Teenage Pregnancy: Three Background Papers*. Prepared by the Young/Single Parents Support Network for Health Canada. April 1998.

The Flett Consulting Group Inc. "Strategies for Building an Effective Coalition for the Prevention of Teenage Pregnancy." In *Forming a Canadian Coalition on the Prevention of Teenage Pregnancy: Three Background Papers*. Prepared for the Young/Single Parent Support Network for Health Canada, April 1998.

Timiskaming Health Unit. *Factsheet*. 2000

Teenage Pregnancy: Report by the Social Exclusion Unit. Presented to Parliament by the Prime Minister by Command of Her Majesty. United Kingdom, June 1999.

Teen Pregnancy in Manitoba: A Statistical Report. Winnipeg: Women's Health Branch, 1993.

Thanh Ha, tu. Teenage Pregnancies and Premature Births Up : Coté. *The Montreal Gazette.* Wednesday, May 26, 1993: A1 and A10.

The Children's Commission. *The Youth Report: A Report About Youth by Youth.* Vancouver: The Children's Commission, date unknown.

"The Special Delivery Club". *The Canadian Nurse.* April 1991 87 (4): 21-23.

Thomas, Helen, Alba Mitchell et Corrine Devlin. "Adolescent Pregnancy: Issues in Prevention". *Journal of Preventive Psychiatry and Allied Disciplines.* 1990. 4 (2/3).

Tipper, Jennifer. *Initiative sur la fillette canadienne : déterminants de la santé et du bien-être des fillettes et jeunes filles.* Ottawa: Institut canadien de la santé infantile, 1997.

Turner, R. Jay. Social Support and Outcome in Teenage Pregnancy. Toronto: Unpublished copy to be published in *Journal of Health and Social Behaviour.*

Upchurch, Dawn M., Carol S. Aneshenset, Clea A. Sucoff, L. Levy-Storms. "Neighborhood and Family Contexts of Adolescent Sexual Activity". *Journal of Marriage and the Family.* November 1999. 61: 920-933.

Vincent, Murray L. et al. Reducing Adolescent Pregnancy through School and Community-based Education. *JAMA* 157 (24) 3382-86.

Wadhera, Surinder and Jill Strachan. Teenage Pregnancies, Canada, 1975-1989. *Health Reports.* 1991. 3 (4): 327-347.

Consultations auprès des jeunes. Ottawa 2000. Consulter le Rapport final.

YWCA of/du Canada. *Pathway to Gender Equity: How to Help more Girls and Young Women Become Physically Active.* Toronto: YWCA of/du Canada, 1999.