

REGARDS

Les adolescentes et l'accès à la contraception

Lucie Biron

Travailleuse sociale

Louise Charbonneau

Médecin

Louise Morin

Infirmière

Clinique jeunesse
CAU-CSSS Jeanne-Mance

Le *planning* familial et l'accès à la contraception ne font pas souvent la manchette des quotidiens comparativement au vieillissement de la population, au manque de personnel ou aux déficits du réseau de la santé. Lors d'un colloque tenu à Montréal en février 2010,¹ la docteure Édith Guilbert de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) rapportait les statistiques suivantes : aux États-Unis, près de 70% des femmes qui se font avorter ont moins de 30 ans et la moitié ont moins de 25 ans. Les taux sont similaires au Québec. Parmi les provinces du Canada, cette dernière compte le troisième taux d'avortement le plus élevé. Depuis 2004, on remarque que s'il reste plus élevé chez les 20-24 ans, il a diminué chez tous les autres groupes d'âge. Cependant, ce taux reste plus élevé pour certains groupes de jeunes femmes, issues notamment de milieux défavorisés, de communautés culturelles ou encore, qui ont un environnement moins soutenant. Selon Dre Guilbert, on estime qu'une femme sur trois aura une interruption volontaire de grossesse (IVG) au cours de sa vie reproductive et des chiffres américains démontrent que 47% de celles qui demandent une IVG en ont déjà eu une auparavant, ce que l'on peut certainement observer dans les cliniques d'ici.

Comment se fait-il qu'il semble souvent plus facile d'obtenir un rendez-vous pour une IVG que pour une prescription de contraceptif ? L'expérience de l'équipe de la Clinique jeunesse auprès des adolescentes et des adolescents a permis de dégager certains constats

quant à l'évolution de l'accès à la contraception et aux pratiques non discriminatoires.

Prendre parti

D'abord connue sous le nom de la Clinique des Jeunes Saint-Denis, la Clinique jeunesse du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance est née en 1978 à l'époque où les milieux politiques, culturels et sociaux s'engageaient dans le courant de la « libération sexuelle », amorcée dans les années soixante. Les femmes avaient maintenant accès à des cliniques de *planning* familial dans les centres hospitaliers et à des services d'IVG qui se développaient dans des hôpitaux et des cliniques privées. Toutefois, les adolescents, qui n'attendaient pas la permission des parents pour avoir des relations sexuelles, ne trouvaient pas leur compte parmi ces services.

Les années 70 ont donc vu apparaître les cliniques spécialisées en médecine de l'adolescence dans les hôpitaux pédiatriques et quelques « *youth clinics* » autogérées qui, grâce à l'article 42 de la *Loi sur la protection de la santé publique*,² pouvaient traiter de façon confidentielle les maladies vénériennes³ chez les jeunes de 14 ans et plus. Parallèlement, le milieu scolaire était aussi en mouvement et implantait en 1978 des cours de formation personnelle et sociale dans les écoles. Grâce à l'initiative de Nicole Saint-Jean, psychologue au Bureau de Consultation Jeunesse (BCJ) de Montréal, un lieu centré sur la santé sexuelle des adolescents a été créé, alliant éducation,

Elleevanhoutte, 2008. Certains droits réservés ©



prévention et soins. Le CLSC Centre-Ville a accepté de partici-

per à ce projet et la Clinique des Jeunes Saint-Denis a commencé sa carrière qui dure depuis maintenant 32 ans. La sexualité n'était plus un interdit. On pouvait en parler et s'en occuper.

Au départ, à la Clinique, un service d'accueil et de permanence téléphonique offert tour à tour par les intervenants occupait la majeure partie de la vie quotidienne de l'équipe, qui jumelait une intervention éducative et psychosociale à des services médicaux. Une équipe médicale stable était toujours disponible avec ou sans rendez-vous pour la contraception d'urgence ou une prescription à long terme, pour le dépistage des infections transmises sexuellement et pour calmer, rassurer ou traiter quand un symptôme désagréable se manifestait. Lors d'une consultation, une adolescente qui exprimait des difficultés sexuelles, familiales ou amoureuses dans sa vie personnelle pouvait aussi prendre contact avec une intervenante de l'équipe psychosociale pour une aide *ad hoc* ou un accompagnement à plus long terme. De la même façon, une jeune suivie par l'équipe

psychosociale avait accès au médecin ou à l'infirmière lorsque nécessaire. Le but était d'offrir une intervention globale et la plus sim-

ple possible pour limiter les déplacements et les absences scolaires. Rapidement, devant les besoins des jeunes, des rencontres de groupe se sont également organisées. Ainsi sont nés des groupes parents-adolescents (qui sont ensuite devenus des rencontres mères-filles), des groupes de soutien pour les jeunes victimes d'inceste et des rencontres d'information sur la contraception et la vie sexuelle.

Dès 1980, la clinique des jeunes a commencé à pratiquer des IVG et, en 1981, à la suite de l'acquittement du Docteur Morgentaler et de la décision du gouvernement du Québec de ne plus tenter de poursuites judiciaires pour l'avortement, la clinique s'est jointe au Centre de Santé des Femmes et à cinq CLSC pour offrir ce service. L'avortement ne sera décriminalisé qu'en 1988

par le gouvernement fédéral. En 1999, la Clinique des jeunes obtient du Ministère de la Santé et des Services sociaux un mandat régional pour offrir le service d'IVG aux adolescentes de moins de 18 ans du Montréal métropolitain.

L'habitude de fonctionner dans des zones grises et l'engagement à prendre le parti des jeunes étaient à concilier avec un soutien aux parents et autres adultes qui avaient la charge des enfants. Quelle était la règle à suivre pour accompagner une adolescente, parler en son nom, mais aussi, l'inciter à accepter des contraintes et à développer des comportements responsables ? Comment aider une adolescente de moins de 14 ans active sexuellement ou un jeune qui quitte sa famille pour vivre dans la rue, phénomène plutôt nouveau au début des années 80 ? Comment accompagner une jeune immigrante soumise à la rigidité que lui impose parfois sa famille et l'adolescente qui consulte pour un deuxième ou troisième avortement ?

REGARDS

REGARDS

« il ne se passe pas une journée sans que l'intervenante à l'accueil ne reçoive un appel d'une jeune de 14 ou 15 ans qui croit être enceinte, ne peut en parler dans son entourage et ne sait plus quoi faire. »

Les membres de l'équipe se sont donnés le temps de réfléchir ensemble en allant chercher, à l'occasion, une aide extérieure. Cette réflexion d'ordre éthique, philosophique et pratique a permis de développer une expertise et un modèle d'intervention qui ont été partagés avec les autres cliniques jeunesse des CLSC du Québec. L'équipe a également été active sur le plan politique au travers d'interventions à la radio, à la télévision, dans les journaux et les revues pour rejoindre les parents et les renseigner sur la sexualité des jeunes. Des cours, ateliers et conférences ont été animés auprès d'étudiants et de professionnels de la santé et l'équipe a siégé sur des comités ministériels et participé à des rencontres dans les écoles ainsi qu'auprès de groupes communautaires. La Clinique était présente dans toutes les tribunes qui permettaient de porter la parole des jeunes.

Démantèlement

La période entre 1995 et 2004 a été marquée par des fusions d'établissements et des coupures à la suite, entre autres, des mises à la retraite massives d'infirmières. Il en a résulté un démantèlement de plusieurs équipes de soins, notamment dans les CLSC. Les infirmières ont été moins présentes dans les écoles et, en 2001, les cours de formation personnelle et sociale ont été éliminés.

Pour beaucoup d'intervenants, le sentiment d'appartenance s'est effrité dans des établissements devenus trop gros. Lorsque des réfor-



Nifty... 2010. Certains droits réservés ©

mes administratives n'améliorent pas le fonctionnement d'un réseau mais l'alourdissent, les intervenants risquent de perdre le sens de leur travail. La tentation du désengagement a aussi menacé la clinique. Cependant, l'équipe était suffisamment stable, motivée et passionnée pour continuer à se débattre afin de préserver la qualité et l'accessibilité des services qu'elle jugeait

indispensables. Ainsi, elle a réussi à défendre et faire valoir l'importance de maintenir un lieu spécifique avec son propre numéro de téléphone et un accueil téléphonique avec une « vraie » personne, pour éviter que les jeunes ne se perdent dans les méandres des boîtes vocales. De fait, il ne se passe pas une journée sans que l'intervenante à l'accueil ne reçoive un appel d'une jeune de 14 ou 15 ans qui croit être enceinte, ne peut pas en parler dans son entourage et ne sait plus quoi faire.

Obstacles

Cet alourdissement du système s'est accompagné de l'apparition d'obstacles qui ont contribué à diminuer l'accès à la contraception pour

les jeunes filles et à limiter les interventions de l'équipe. D'abord, la législation encadrant les régimes d'assurance médicaments (adoptée en 1997) a créé un système complexe qui pénalise certaines jeunes. En effet, celles qui bénéficient des assurances privées de leurs parents doivent faire part à ces derniers de la prescription qu'elles ont reçue si elles veulent être remboursées. Cependant, souvent, les jeunes ne veulent pas que leurs parents sachent qu'elles prennent la pilule. Celles dont les parents sont couverts par l'assurance publique peuvent, de leur côté, recevoir leur contraceptif gratuitement et en toute confidentialité. Par contre, à 18 ans, si elles sont encore à la charge de leurs parents, ces derniers doivent obligatoirement le déclarer pour que leur fille continue d'être couverte. Plusieurs d'entre elles se retrouvent donc dans une impasse, leurs parents ignorant qu'elles utilisent un moyen de contraception. Parmi les plus démunies, mais aussi chez des jeunes issues de l'immigration, plusieurs parents ne se préoccupent pas de cette obligation légale d'obtenir une assurance, encore moins de la mettre à jour lorsque leurs enfants atteignent 18 ans. Ils ne sont pas à l'aise avec toutes les subtilités de la loi. En contraste avec ces difficultés, le traitement des ITSS a été grandement facilité par l'ajout d'un code sur l'ordonnance permettant au pharmacien de remettre le médicament gratuitement à la personne atteinte et à son ou ses contacts. La seule exigence est que ces personnes possèdent une carte d'assurance maladie valide.

En 2002, même s'ils étaient distribués avec soin et sous surveillance continue, une nouvelle disposition du code de déontologie des médecins a mené à l'interdiction presque totale de la distribution d'échantillons de pilules par les compagnies pharmaceutiques. Pendant plus de 20 ans, les armoires de la clinique étaient remplies d'échantillons de condoms, de « pilules » contraceptives, de traitements pour les vaginites, de crèmes, onguents et lotions fournis gratuitement par les compagnies pharmaceutiques. Le médecin ou l'infirmière pouvait ainsi amorcer un traitement le jour même de la visite, expliquer comment se protéger et utiliser un moyen de contraception et fixer un rendez-vous ultérieur. Sans discuter du bien-

fondé de cette démarche, il n'en reste pas moins que plusieurs adolescentes sont à nouveau privées d'un accès facile à la contraception. Bien qu'un programme de compensation⁴ ait été instauré par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) pour fournir des échantillons sur demande d'un médecin dans des cas particuliers, la réalité n'est pas aussi simple et le temps de réponse à cette demande peut suffire pour exposer l'adolescente à une grossesse non désirée. Il y a donc discrimination envers une catégorie de citoyens, soit les adolescentes et les jeunes femmes prêtes à assumer une responsabilité mais qui ne peuvent pas bénéficier d'un régime d'assurance soi-disant universel ou de son remplacement par des échantillons gratuits.

Finalement, submergés de « malades très malades », les quelques médecins qui ont encore des disponibilités n'ont souvent pas de temps pour recevoir une jeune femme qui demande une prescription de pilules. Ensuite, on lui reproche de ne pas être allée chercher sa prescription et d'être enceinte ! La pénurie de médecins omnipraticiens pose un sérieux problème pour les jeunes, qui doivent consulter sans rendez-vous et attendre plusieurs heures pour obtenir une prescription. Chaque obstacle rencontré par une jeune fille devient une raison pour attendre le prochain mois, avec les risques que cela comporte.

Initiatives

Des pas ont toutefois été faits afin de favoriser l'accès à la contraception. Les méthodes contraceptives se sont diversifiées. Certaines sont plus simples et acceptables pour des groupes particuliers de femmes. Les adolescentes peuvent utiliser des méthodes qui ne demandent pas une vigilance quotidienne, comme le timbre, l'anneau ou le stérilet. Elles peuvent aussi prendre la pilule de façon prolongée, ce qui leur permet d'espacer les périodes menstruelles. Si l'instauration du régime universel d'assurance médicaments a eu des effets pervers pour certaines femmes, il a permis à beaucoup d'autres, de milieux défavorisés, d'avoir accès aux contraceptifs à des tarifs abordables, à défaut d'une gratuité largement souhaitable. Des intervenantes de la clinique ont aussi participé au cours des années à plusieurs initiatives de santé publique qui ont porté fruit et contribué à cette réduction du nombre de grossesses non désirées et des taux d'avortement. Depuis le début des années 2000, des stratégies semblent redonner de la vigueur au *planning* familial et à l'intervention auprès des jeunes.

D'abord, une ordonnance collective permettant un accès à la contraception orale d'urgence (mieux connue comme « la pilule du lendemain » ou le PLAN B) a été créée pour les pharmaciens. Dans plusieurs équipes jeunesse et certaines écoles, les infirmières pouvaient déjà la distribuer mais cette ordonnance collective a ouvert la porte à toutes les femmes, qui peuvent maintenant se la procurer directement auprès du pharmacien sans prescription médicale.

Dans le même sens, un comité d'experts en *planning* familial a été mis sur pied à l'INSPQ. Celui-ci a élaboré en 2007 une ordonnance collective pour la contraception hormonale (pilule, timbre, anneau, injection contenant des hormones). Cette ordonnance collective vise les infirmières et les pharmaciens communautaires. Les infirmières qui ont reçu une formation peuvent prescrire la contraception hormonale pour une période de six mois à une femme en bonne santé. Cette prescription donnera le temps à la femme de prendre rendez-vous chez

le médecin pour obtenir une prescription à long terme. Cependant, l'implantation de cette ordonnance n'a pas tout réglé. L'accès au rendez-vous médical reste difficile et la mise en œuvre de l'ordonnance collective par les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements ne s'est pas faite partout. Les ententes entre les différents ordres professionnels concernés ne sont pas nécessairement instantanées, mais ce processus évolue déjà au-delà des attentes et s'achemine certainement vers de meilleurs services pour cette clientèle.

Ce comité d'experts de l'INSPQ prend note de toutes les publications, controverses, études et opinions qui tendent à discréditer les méthodes contraceptives. Pour dissiper les fausses rumeurs et rétablir les faits scientifiquement valables auprès des intervenants, ce comité s'est donné la tâche de recenser et de tenir à jour la liste des publications et communications à ce sujet.

Le retour

En 2008, le Comité de prévention des grossesses non désirées, initié par la Direction de la Santé publique de Montréal, discutait de la pertinence de créer des petites équipes multidisciplinaires locales et les plus proches possibles des jeunes. Il est fascinant de constater que l'on favorise le retour à un modèle développé il y a 30 ans partout au Québec et que la

réforme de 2004 a démantelé dans la plupart des CSSS. Probablement en raison de son mandat régional pour les avortements des adolescentes, la Clinique jeunesse du CSSS Jeanne-Mance a été préservée et paraît d'autant plus nécessaire. La vision commune qui a su rallier les membres de l'équipe durant toutes ces années et favoriser l'accès à la contraception est l'« approche adaptée à l'adolescence ».

Cette approche a eu de multiples appellations (biopsychosociale, globale, HEADS⁵) et réside dans l'absence de jugement, l'acceptation de comportements irrationnels et de résistances au monde adulte. Elle tient compte de la « pensée magique » qui habite souvent la jeune fille, qui croit qu'elle ne sera pas enceinte, ou le jeune homme, qui croit qu'il ne la mettra pas enceinte, qu'ils n'attraperont pas une ITSS ou qu'ils peuvent se sortir facilement de l'alcool et de la drogue. Cette pensée magique correspond à une phase dans le développement cognitif où les adolescents sont dans l'instant présent et établissent des frontières floues entre le réel et l'imaginaire.

L'approche adaptée à l'adolescence se traduit aussi par la qualité de l'accueil et la création d'un lien de confiance. Par exemple, l'intervenante de l'accueil annoncera à l'infirmière ou la travailleuse sociale que l'adolescente qui se présente est triste, angoissée, au bord des larmes ou en colère. Il s'agira de la prendre là où elle est, de l'écouter et de faire en sorte qu'elle se sente toujours respectée, que ses craintes, ses peurs et ses croyances soient comprises et qu'elle reçoive le service dont elle a besoin. Il s'agit également de rejoindre les



Thrig, 2008. Certains droits réservés ©

garçons, de leur faire voir que la sexualité les concerne dans le plaisir comme dans les conséquences moins agréables. Pour initier la contraception ou pour l'entrevue pré-IVG si la jeune fille est enceinte, les garçons sont reçus avec celle-ci par l'infirmière ; ils sont invités à l'accompagner lorsqu'une ITSS a été décelée et sont les bienvenus pour des consultations avec la sexologue.

Cette approche pose aussi parfois des limites aux jeunes. Par exemple, une jeune qui a été amenée à la clinique par des employés du centre jeunesse où elle réside et réclamait, au nom de la confidentialité, qu'on la fasse sortir par une autre porte pour échapper à ses gardiens. Elle s'est vue répondre que ce règlement n'était pas absolu et qu'il existait dans le but de la protéger et non de cautionner un comportement dangereux pour elle. Il s'agit d'intervenir de manière « bienveillante » afin de permettre à la jeune d'avancer et d'avoir du pouvoir sur sa vie : « Prendre ta pilule te permettra de ne pas avoir peur d'être enceinte à chaque mois, de décider toi-même de prolonger les cycles et d'être menstruée moins souvent ». C'est de prendre le temps de lui expliquer une démar-

REGARDS

« Il s'agira de prendre [la jeune fille] là où elle est, de l'écouter et de faire en sorte qu'elle se sente toujours respectée, que ses craintes, ses peurs et ses croyances soient comprises et qu'elle reçoive le service dont elle a besoin. »

che aussi simple que d'apporter sa prescription à la pharmacie ou aussi complexe que de prendre rendez-vous avec un spécialiste.

L'équipe n'impose pas aux jeunes le comportement parfait qu'aucun adulte ne saurait lui-même respecter : « À 16 ans, ce n'est pas toujours facile d'être fidèle. Si tu ne mets pas le condom avec ta blonde, pourquoi n'en mettrais-tu pas lors d'une rencontre d'un soir ? » Ce message est « non publiable » mais pourtant réaliste. Comme intervenantes, c'est de prendre le parti des jeunes sans perdre de vue qu'ils ont des parents qui ne demandent qu'à être guidés quand ils sont confrontés à leur jeune « qui ne veut rien savoir ». Il s'agit d'aider la jeune fille enceinte à parler avec ses parents lorsque cela est nécessaire, inviter les parents ou le petit ami à se joindre aux rencontres avec la jeune, mais aussi respecter le jugement de certaines qui ne veulent absolument pas révéler leur situation, tout en les aidant à trouver un adulte dans leur entourage vers qui se tourner.

La complicité au sein d'une petite équipe stable crée une atmosphère agréable que les jeunes ressentent et qui leur permet de se confier, de se laisser aider et d'apprendre. C'est ce qui est fascinant dans ce travail. L'intervenante se retrouve toujours face à une histoire singulière sur laquelle elle peut avoir un impact, si petit soit-il. C'est ainsi que notre travail continue à faire du sens.

Notes

1. *Vingt ans après l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire Morgentaler, où en sommes-nous ? Perspectives éthiques et sociales autour de l'IVG*, Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles, Montréal, INRS, 3 février 2010.
2. L'Article 42 de la *Loi sur la protection de la santé publique* stipule qu'un adolescent de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins et traitements nécessités par son état de santé.
3. Les maladies vénériennes ont ensuite été appelées « Maladies Transmises Sexuellement » (MTS) puis, aujourd'hui, « Infections Transmises Sexuellement et par le Sang » (ITSS).
4. Ce programme se nomme le « Programme humanitaire d'accès aux contraceptifs ».
5. HEADS est un acronyme pour *Home, Education, Activities, Drugs, Alcohol, Sex and Suicide*.