

## Article

---

« La Clinique des Jeunes Saint-Denis, six ans plus tard »

Louise Charbonneau, Ghislaine Fortin et Monique Tessier  
*Santé mentale au Québec*, vol. 9, n° 2, 1984, p. 74-82.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030240ar>

DOI: 10.7202/030240ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)

## La Clinique des Jeunes Saint-Denis, six ans plus tard

*Louise Charbonneau, Ghislaine Fortin, Monique Tessier\**

La Clinique des Jeunes Saint-Denis a été créée en 1977 dans le but d'assurer à une clientèle jeunesse des services médicaux et psychosociaux complets en matière de sexualité. Le travail en équipe multidisciplinaire a permis aux intervenants de continuer à évoluer et à se questionner sur les divers aspects de leur tâche. La réalité des besoins cliniques et de l'intervention curative y sont discutées: avortement, inceste, maladies transmises sexuellement, etc. Désireux de percevoir l'adolescent dans sa globalité et non plus dans sa seule dimension sexuelle, des groupes sont offerts et un grand souci d'action préventive reste toujours présent. Une recherche dans ce sens est amorcée.

Le projet de la Clinique des jeunes Saint-Denis a été conçu dans le prolongement des activités du Bureau de consultation-jeunesse Inc. Cet organisme offrait depuis plusieurs années des services de consultation et de prévention en matière de sexualité auprès d'individus et de groupes. En 1977, on eut l'idée d'ajouter une équipe médicale afin de présenter une gamme complète de services à la clientèle adolescente.

Le ministère des Affaires sociales proposa alors un partage de responsabilités entre le Centre local des services communautaires Centre-Ville et le Bureau de consultation-jeunesse Inc. À cette époque, la Clinique percevait son mandat de la façon suivante: développer des services médicaux et psychosociaux reliés à la sexualité adolescente tout en poursuivant des objectifs de prévention.

Cet article présente les activités de notre organisme et leur cheminement à travers les remises en question issues de notre expérience et de notre réflexion. Après avoir défini notre problématique, nous explorerons les divers services offerts par la clinique, les éléments qui ont alimenté notre réflexion et qui sont à l'origine d'un projet de recherche. Nous présenterons en fin d'analyse les grandes lignes de ce projet dont certains résultats font l'objet d'un autre article dans le présent numéro (Tessier, 1984, 64-73).

### PROBLÉMATIQUE

Nous avons recueilli des données concernant cent soixante-seize (176) adolescent(e)s qui se sont présentés à la Clinique pour la première fois entre décembre 1982 et mai 1984. Ces données proviennent de deux sources.

Parmi les sujets étudiés, soixante-seize (76) font partie du groupe expérimental de la recherche menée à la Clinique (Tessier, 1983) qui fait l'objet d'un autre article dans le présent numéro (Tessier, 1984, 64-73).

De plus, pour les fins du présent article, nous avons retenu cent (100) dossiers de consultation médicale choisis au hasard parmi l'ensemble de nos dossiers.

Nous avons relevé les caractéristiques démographiques habituelles, les raisons de consultation, certaines analyses, les diagnostics et les interventions pertinentes. De plus, nous avons recueilli des renseignements sur certaines habitudes de vie et sur la place qu'occupent les parents et le(s) partenaire(s) dans les préoccupations des adolescents.

### Âge et sexe

Le groupe expérimental de la recherche est composé de soixante-seize (76) sujets de sexe féminin âgées de quatorze (14) à dix-sept (17) ans.

Le relevé des dossiers comprend quatre-vingt-treize (93) filles et sept (7) garçons dont près de huit sur dix (78 %) sont âgés de quatorze (14) à dix-sept (17) ans.

\* Louise Charbonneau, M.D., Ghislaine Fortin, psychothérapeute, et Monique Tessier, t.s.p., travaillent à la Clinique des Jeunes Saint-Denis.

## Grossesse

La recherche effectuée à la Clinique montre que 40 % des adolescentes se présentent à une première consultation parce qu'elles craignent une grossesse. Parmi les quatre-vingt treize adolescentes du second groupe, 45 % soupçonnent une grossesse lors de leur première visite et 30 % sont effectivement enceintes.

Selon plusieurs études récentes (Tessier, 1983), les adolescents des années 80 commencent à avoir des relations sexuelles coïtales en moyenne entre l'âge de quinze (15) et seize (16) ans.

Comme l'observent J.F. Kantner, M. Zelnick et L. Zabin (1983), un cinquième des adolescentes deviennent enceintes dans le mois qui suit leurs premières relations sexuelles. Parmi les adolescentes enceintes de notre étude, près de 18 % en étaient à leurs premières expériences sexuelles et leur âge moyen était de 16,5 ans.

## Contraception

Parmi les sujets du groupe expérimental, 44,8 % des adolescentes consultent pour une méthode contraceptive, comparativement à 49,4 % des personnes dont nous avons relevé le dossier.

La contraception orale a été prescrite à la majorité, aucune adolescente n'ayant choisi une méthode naturelle ou mécanique.

Soulignons que 18 % des adolescentes enceintes qui se présentent à la Clinique pour la première fois, ont déjà utilisé la contraception orale et l'ont interrompue dans les mois précédant leur visite.

## Maladies transmises sexuellement (MTS)

Le dernier congrès international sur les MTS qui a eu lieu en juin 1984<sup>1</sup> a permis de faire le point sur la gravité des complications dues aux MTS, chez les jeunes femmes en particulier.

On estime qu'en l'an 2000, une femme sur deux aura été atteinte de salpingite causée majoritairement par le chlamydia ou la gonorrhée et ce, avant l'âge de 30 ans. On constate actuellement que de 8 à 10 % des femmes sexuellement actives entre 17 et 25 ans sont infectées par le chlamydia, maladie semblable à la gonorrhée. Dans notre relevé de dossiers, 5 % des adolescentes ont été traitées pour la gonorrhée et/ou le chlamydia. Étant donné leur jeune âge et le fait que 34 % d'entre elles déclarent avoir eu plus d'un partenaire sexuel, nous considé-

rons que cette clientèle présente un risque élevé. Soulignons que cinq des sept garçons de notre étude consultent par crainte d'une infection.

## Parents

On observe chez les cent soixante-seize (176) adolescents qui viennent en consultation pour la première fois à la Clinique, un désir de garder cette démarche confidentielle. En effet, 60 % n'ont pas informé leurs parents de leur visite et la majorité d'entre eux croient que leur milieu familial n'est pas assez ouvert pour leur permettre d'aborder des questions reliées à leur sexualité (Tessier, 1983).

Même lorsqu'elles se présentent pour un avortement, la moitié des adolescentes enceintes n'ont pas osé en parler à leurs parents et étaient accompagnées d'un(e) ami(e).

## Santé globale

Nos deux sources de données indiquent que les adolescentes fument dans une proportion de 60 %.

Plus de 60 % prennent de l'alcool et 45 % des drogues de façon occasionnelle ou régulière.

Elles ont souvent tendance à masquer la réalité à propos de leur consommation de drogue ou d'alcool, soit qu'elles ne considèrent pas qu'il puisse s'agir d'un problème (alcool), soit qu'elles craignent que la confidentialité ne soit pas respectée (drogue). Plusieurs adolescentes suivies à la Clinique depuis quelques années nous ont avoué à l'âge de dix-huit ans qu'elles consommaient beaucoup de drogues vers l'âge de quatorze ans. Elles ont cessé depuis, mais elles n'osaient pas en parler au moment où elles en prenaient.

Nos deux sources de données révèlent que les sujets considèrent l'adolescence comme une période difficile de leur vie et admettent en majorité que la communication avec leurs parents est la source primordiale de leurs problèmes. Les sujets désignent également leurs conflits personnels et l'anxiété comme facteurs très importants de leurs difficultés de vivre.

Enfin, 30 % des bénéficiaires de la Clinique ont dû poser des gestes sexuels contre leur volonté, ce qui soulève le problème des relations difficiles entre garçons et filles et aussi, celui de l'inceste.

Toutes ces données démontrent le caractère complexe de la réalité de l'adolescence et notre expérience nous apprend que des interventions reliées à

la sexualité ne seront efficaces que dans la mesure où nous en tiendrons compte.

## LES SERVICES

Divers types de services caractérisent l'intervention de la Clinique des jeunes Saint-Denis. Certains consistent en services cliniques auprès des jeunes, d'autres fournissent soutien et formation aux intervenants et un dernier type s'adresse à la collectivité.

### Les services cliniques

#### ACCUEIL ET PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE

Ces services, assurés par les intervenants à tour de rôle, tiennent une grande place dans la vie quotidienne de la Clinique.

Pour beaucoup de jeunes, le téléphone représente un outil important dans une première démarche vers l'obtention d'un service relié à leur vie sexuelle et émotive. C'est un instrument qui permet d'obtenir une réponse immédiate et anonyme à des questions vécues comme embarrassantes. Plusieurs parents s'adressent aussi de cette façon à la Clinique, d'abord pour parler de leur enfant adolescent, puis pour échanger sur leurs propres difficultés.

Nous estimons qu'entre cinq et six mille consultations téléphoniques ont été données au cours de l'année 1983 (B.C.J., 1983-84).

Notre service d'accueil permet aux jeunes de consulter pour des problèmes urgents; la porte est ouverte aux adolescents en situation de crise, aux itinérants et aux marginaux.

#### SERVICES MÉDICAUX

Ils s'adressent aux jeunes de moins de dix-huit ans du Montréal Métropolitain qui n'ont pas de C.L.S.C. dans leur secteur. Ils comprennent la gamme des services habituels d'une clinique de planning des naissances: test de grossesse, pilule du lendemain, contraception, examen gynécologique (une attention particulière est portée au premier examen), ainsi que les services de dépistage et de traitement des infections génitales et des maladies transmises sexuellement (MTS).

Au cours de l'année 1983-84, nous avons diagnostiqué cent six (106) grossesses et plus de 90 % de ces adolescentes ont choisi l'avortement. Nous avons pratiqué quarante-cinq (45) mini-aspirations;

cette technique a été révisée à la Clinique dans le but d'en faciliter l'utilisation en bureau privé (Moreau, 1983). Quant aux grossesses de huit à douze semaines, les interventions sont effectuées en collaboration avec le C.L.S.C. Centre-Ville.

Ici encore, les filles utilisent davantage les services médicaux que les garçons. En effet, seulement 21 garçons se sont présentés (B.C.J., 1983-84) aux 1 650 consultations dispensées entre le 1<sup>er</sup> mai 1983 et le 30 avril 1984. Ils consultent surtout par crainte d'une MTS, mais on décèle très souvent des inquiétudes sous-jacentes sur la normalité de leur anatomie ou encore des interrogations plus profondes sur leurs difficultés relationnelles.

#### SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Les consultations relatives à l'interruption de grossesse mobilisent une part importante des énergies des services psychosociaux. Cela donne lieu à un enrichissement important du travail des infirmières, ces dernières étant appelées de façon générale à accompagner les jeunes clientes tout au long de leur démarche, c'est-à-dire avant, pendant, ainsi qu'après leur interruption de grossesse.

La majorité des jeunes qui font eux-mêmes appel à des services psychologiques ont plus de dix-huit ans. Il est intéressant de souligner que, dans cette catégorie d'âge, les garçons consultent en proportion aussi importante que les filles. Les services psychosociaux individuels et de groupe sont offerts aux jeunes jusqu'à l'âge de vingt-deux ans.

#### LES GROUPES

Au fur et à mesure que nous avons pu identifier les difficultés des jeunes, que nous avons vu émerger des problématiques types, les rencontres de groupe nous sont apparues comme une formule à développer. Centrés au départ sur la sexualité, les groupes traitent maintenant de réalités plus diversifiées de la vie des adolescents.

Plusieurs types de groupes existent actuellement à la Clinique:

- Un groupe axé sur l'information est offert aux jeunes qui désirent une méthode contraceptive. On y discute de préoccupations relatives aux diverses méthodes et au premier examen gynécologique, des notions courantes d'hygiène, des mythes et réalités entourant l'avortement, des MTS, etc.

– Un groupe «contact» aborde chaque semaine les questions qui préoccupent les jeunes dans leurs relations à eux-mêmes, aux autres et à la vie en général. Bien que ce groupe comporte un noyau de base stable depuis deux ans, chaque rencontre est ouverte à de nouveaux participants.

– Un groupe de support traite des problèmes spécifiques de l'inceste. Il s'adresse aux garçons et filles qui sont aux prises avec le lourd fardeau d'une expérience vécue dans le silence et la honte.

– En collaboration avec le C.L.S.C. Centre-Ville, les adolescentes sont reçues en groupe avant leur avortement; ces rencontres leur permettent d'échanger avec des intervenants et des femmes plus âgées qui vivent la même expérience qu'elles.

La formule de groupe, s'ajoutant aux entrevues individuelles, s'est révélée jusqu'à maintenant très bénéfique pour ses participants. Cela nous incite à en expérimenter des utilisations nouvelles.

### **Les services d'aide aux intervenants et la formation**

Dès sa première année d'existence, la Clinique des jeunes Saint-Denis a été appelée à partager son expérience. Des intervenants de la région métropolitaine et ailleurs au Québec sollicitaient la Clinique pour démarrer un programme de planning des naissances dans leur C.L.S.C., pour développer des moyens en vue d'aborder la question de la sexualité dans leur travail à l'école ou dans leur centre d'accueil ou encore pour rédiger des travaux sur le sujet dans le cadre d'études académiques.

Nous avons participé à des colloques comme personnes ressources et assumé la responsabilité d'ateliers. Ces activités ont constitué des moments stratégiques dans nos tentatives de soutien des intervenants dans leur action auprès des jeunes. Au cours de la dernière année, la Clinique a participé à 172 rencontres de ce type (B.C.J., 1983-84).

Consciente des limites de la formation universitaire dans le domaine de la sexualité des jeunes, la Clinique a participé à des cours et à la supervision de stagiaires (travail social, psychologie, sexologie, médecine).

Une de nos contributions importantes et originales a été d'offrir, durant deux ans, une expérience de formation où des intervenants de toutes disciplines étaient appelés à la fois à s'interroger sur leurs

propres valeurs et attitudes face à la sexualité et à faire des apprentissages à la relation d'aide.

### **Services auprès de la collectivité**

#### **LE TRAVAIL AUPRÈS DES MÉDIA**

Depuis sa mise sur pied, la Clinique est fréquemment sollicitée par les mass média. L'expérience acquise au cours des années nous permet de les utiliser pour rejoindre les préoccupations très concrètes des jeunes et des parents: relations conflictuelles, grossesse, inceste, solitude, etc.

#### **PUBLICATIONS - PRODUCTIONS**

Il y a quelques années, il n'existait à peu près aucun document conçu spécifiquement à l'intention des jeunes au Québec. En 1978, dans le cadre d'un congrès de l'Association des Centres de Services Sociaux, nous avons invité une équipe de jeunes à produire un des premiers diaporamas traitant de la sexualité des adolescents (Edmond *et al.*, 1978).

Par la suite, nous avons encadré et soutenu des groupes d'étudiants qui ont créé des bandes dessinées s'adressant à des jeunes de divers groupes d'âges (Beaudoin *et al.*, 1980; Bouchard *et al.*, 1981; Montpetit et Langlois, 1981) dans le cadre de projets d'été.

Enfin, plusieurs intervenants de la Clinique ont rédigé des articles et des brochures en s'inspirant de leur pratique quotidienne ou de la réflexion suscitée par notre vie d'équipe (St-Amour *et al.*, 1981; Moreau et St-Jean, 1982; Rondeau et Tessier, 1981).

### **L'ÉQUIPE**

Elle est composée de huit intervenants dans les disciplines suivantes: deux psychologues, une sexologue-psychothérapeute, une travailleuse sociale, deux médecins et deux infirmières. Tous occupent un poste à temps partiel. Le travail en équipe multidisciplinaire permet de développer une expertise commune s'inspirant de la variété des formations, des valeurs et des goûts des intervenants qui en font partie. La vie d'équipe est une réalité difficile qui exige de ses membres beaucoup de souplesse et d'ouverture d'esprit, en plus d'un sentiment de sécurité personnelle. Cela se transforme en défi d'offrir des approches variées à l'intérieur d'un tout qui se veut cohérent.

## RÉFLEXION SUR NOTRE PRATIQUE ET IMPACT SUR L'INTERVENTION

L'évolution de la Clinique des Jeunes Saint-Denis se situe dans le contexte social des années 1970 et 1980. Faisant suite à la révolution «sexuelle-culturelle» des années soixante, les années soixante-dix marquaient une étape dans le changement des valeurs sociales et morales au Québec. Divers événements ont concrétisé ces changements : la sexologie est entrée à l'université, les cliniques de planning des naissances se sont intégrées au réseau institutionnel, un ministère à la condition féminine a été créé, etc. C'est dans cette atmosphère de renouveau qu'est née notre Clinique. L'idée fut sans doute originale pour l'époque : une équipe multidisciplinaire travaillant en planning des naissances auprès d'une clientèle de jeunes. Elle s'est toutefois transformée au cours des six dernières années pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les observations qui se dégagent des consultations en psychothérapie confirment le fait que les problèmes sexuels pour lesquels les jeunes consultent ne sont, la plupart du temps, qu'une porte d'entrée pour exprimer des difficultés personnelles ou relationnelles. Les préoccupations des jeunes ne se limitent donc pas à leur vie sexuelle. De plus, nous avons entrepris, depuis 1980, une réflexion au cours de laquelle nous avons procédé à une révision de la littérature sur le sujet ainsi qu'à une recherche exploratoire concernant les adolescentes actives sexuellement (Tessier, 1983). Les résultats de cette étude indiquent que le comportement sexuel des adolescentes est influencé par diverses composantes et nous amènent ainsi à remettre en question nos modes d'intervention.

C'est aussi au début des années quatre-vingt que les problèmes de la violence, de l'inceste et de l'avortement ont donné lieu à des débats publics nous confrontant ainsi à l'inévitable demande de services curatifs et aux limites qu'ils imposent à une perspective de prévention.

### Le piège du curatif

L'accès à des services curatifs et confidentiels tend un piège inévitable : la demande des jeunes est souvent pressante et fait appel à une réponse immédiate. Spontanément, les intervenants sont portés à accorder toute l'importance à ce type d'intervention.

D'autre part, la difficulté pour beaucoup d'adolescents de reconnaître leur capacité de procréer,

leur tiraillement entre la dépendance et l'indépendance, leur conduite à risque, sont des éléments qui suscitent une réflexion quant à la nécessité de développer une action préventive.

### La prévention, sa difficulté, sa nécessité

Notre expérience nous apprend qu'il est extrêmement difficile pour des cliniciens de réduire les activités cliniques au profit de la prévention. C'est par la mise sur pied d'activités de groupe que nous avons initié la prévention à la Clinique. Les groupes d'information comportent toutefois des limites. Ainsi, une proportion importante des participants aux groupes d'information en contraception constitue déjà une clientèle à risque, la plupart ayant eu des relations sexuelles sans protection. De plus, nous savons que l'intégration des connaissances transmises lors de ces sessions est restreinte. Bien qu'ils aient un effet multiplicateur auprès d'autres jeunes, ces groupes ne constituent pas à eux seuls un instrument efficace de prévention.

Par contre, nous observons beaucoup de vie et de dynamisme dans les groupes centrés sur l'interaction entre les jeunes. En effet, lorsque l'intervenant se limite à un rôle de soutien, les jeunes deviennent créateurs et participent à leur prise en charge. Diverses études menées aux États-Unis démontrent le succès des groupes d'entraide chez les jeunes (Nadeau, 1983). Nous croyons qu'une formule s'inspirant du «counseling des pairs», ajoutée aux services offerts par une clinique de planning des naissances, rejoindrait de façon plus appropriée la réalité des jeunes.

De plus, nous sommes d'avis qu'une stratégie efficace de prévention nécessite une concertation entre les ressources existantes du milieu : C.L.S.C., écoles, D.S.C., C.S.S., organismes hors réseau tel le B.C.J.

### Les relations parents-adolescents

Les études effectuées à la Clinique et notre réalité quotidienne nous apprennent qu'une intervention efficace auprès des adolescents doit tenir compte de leur relation avec leurs parents.

Les parents des adolescents actuels vivent une crise importante. Face aux contradictions engendrées par l'éclatement des valeurs traditionnelles, ils ne savent plus comment se comporter avec leurs enfants. Beaucoup se retrouvent démunis devant les

besoins contradictoires d'autonomie et de dépendance qui se manifestent avec force.

Par ailleurs, ces derniers souffrent de n'avoir plus de place dans la vie de leurs parents, réalité tant matérielle que psychologique. Prenons l'exemple d'une adolescente vivant dans une famille «reconstituée»: devant le nouvel ami de sa mère, les jeunes demi-frères ou demi-soeurs, cette adolescente se sent oubliée, n'ayant plus sa mère pour «elle toute seule», ni sa propre chambre, ni ses habitudes d'intimité. Elle ne se sentira pas non plus à l'aise chez son père. Ainsi, elle sera pressée de se créer une nouvelle intimité avec un partenaire par le biais d'une vie sexuelle qu'elle n'est pas toujours prête à affronter.

Cette réalité est similaire chez certains garçons, même si elle s'exprime de façon différente.

Notre position comme intervenants est de prendre le parti des adolescents, c'est-à-dire de les écouter plutôt que de leur imposer nos solutions d'adultes.

### Les 18-22 ans

Si d'emblée les plus jeunes (13-17 ans) consultent peu pour des problèmes relationnels, il n'en va pas de même pour le groupe des 18-22 ans. Au début, les services psychologiques s'adressaient aux jeunes qui identifiaient des difficultés d'ordre sexologique: coïtacie, éjaculation précoce, vaginisme, absence de désir, etc. On constate maintenant un changement dans la formulation des problèmes tant chez les jeunes que chez les intervenants. Les jeunes se disent davantage «mal dans leur peau», angoissés, isolés, souffrants. Ils semblent avoir moins besoin de faire appel à un problème de dysfonctionnement sexuel pour justifier leur demande et être entendus. Nous croyons que ce n'est pas le fruit du hasard et que ce n'est pas non plus parce que les problèmes des jeunes ont changé.

Pour comprendre cet état de fait, il est utile de se reporter au contexte socio-moral de nos débuts. Lorsque la Clinique a ouvert ses portes, il était de bon ton de parler de sa sexualité. C'était à l'époque, semble-t-il, le seul chemin vers l'épanouissement. De là à penser que c'était le prétexte qu'il fallait prendre pour y être entendu, il n'y avait qu'un pas. Tant l'intervenant que le patient avaient cru qu'ils cherchaient et trouveraient une solution rapide et technique à un problème mécanique. Cette atti-

tude s'est avérée frustrante; l'individu devenait un être «séparé», avec son émotivité, son affectivité d'une part et sa mécanique sexuelle d'autre part. Bien que la porte d'entrée demeure la sexualité, celle-ci est maintenant perçue dans sa dimension globale.

### L'inceste

Cette préoccupation pour la dimension globale de la sexualité nous a sans doute permis de percevoir un nouveau discours de la part de notre clientèle. Un discours chargé de solitude, de manque. Une souffrance parfois très grande se cachait derrière le simple «je n'ai pas de plaisir, j'ai un blocage». C'est ainsi que l'inceste est devenue une «histoire» courante relatée en cours d'entrevues. Beaucoup de jeunes, des filles pour la plupart, traînent avec eux ce lourd secret.

L'inceste est devenu une préoccupation majeure pour l'équipe qui s'est intéressée au dépistage, aux moyens de soutenir les victimes et à la diffusion d'informations à ce sujet (Fortin, 1981).

### L'avortement

Dès l'origine de la Clinique, les intervenants se préoccupaient de la grossesse non désirée à l'adolescence. À la fin des années soixante-dix, les ressources n'étaient pas nombreuses mais le «Comité de Lutte pour la contraception et l'avortement libre et gratuit» et les mouvements féministes se faisaient de plus en plus insistants.

En 1980, un groupe de C.L.S.C. mettait sur pied des services d'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) dans leur milieu respectif. Les ressources devenaient ainsi plus accessibles. À la Clinique, l'équipe développa progressivement une expertise sur les problèmes des adolescentes enceintes.

Confrontée à une grossesse non désirée, l'adolescente se sent seule, affolée. Elle ne reconnaît pas toujours les manifestations du début de la grossesse et elle a, à ce moment, besoin d'un adulte rassurant, prêt et capable de la «materner». Beaucoup d'adolescentes n'ont pas encore eu leur premier examen gynécologique; elles ont entendu des histoires sur les avortements clandestins, les accouchements difficiles, les examens gynécologiques mystérieux.

Au début, nous éprouvons un certain découragement et même un sentiment d'échec face à une

adolescente qui devenait enceinte, particulièrement lorsqu'elle avait déjà consulté à la Clinique. Avec le temps, nous avons identifié nos limites, notre impuissance même; le phénomène de la grossesse à l'adolescence se situe sur un autre terrain que l'échec de nos meilleures techniques d'information. En laissant à l'adolescente la responsabilité de son acte, nous ne pouvons que lui offrir une intervention plus appropriée. La décision d'avoir un avortement ou de poursuivre sa grossesse est la sienne et même avec toute son expérience, l'intervenant n'a pas à choisir à la place de l'adolescente.

L'intervention vise alors à aider l'adolescente à envisager de façon très concrète les conséquences de la décision qu'elle prendra. Il faut avoir accompagné une adolescente dans cette démarche pour réaliser à quel point le choix de l'avortement comporte de la solitude et de l'ambivalence, même chez une jeune de quinze ou seize ans.

Quant aux parents, ils sont rarement prévenus; l'adolescente se sent incapable d'aborder le sujet avec eux. L'éducation sexuelle qu'elle a reçue dans sa famille s'est en général limitée au traditionnel «surtout ne nous arrive pas enceinte» ou encore, au silence.

Certaines études (Lampe et Frappier, 1981) font état des conséquences à plus ou moins long terme pour l'adolescente de l'interruption de la grossesse. Il semble qu'il y en ait peu dans les mois qui suivent; l'avortement n'a interrompu que très provisoirement le rythme de vie de l'adolescente qui peut poursuivre ses études ou retourner travailler dès le lendemain, sans même que sa famille ne s'en rende compte.

Notre expérience à la Clinique nous apprend que les adolescentes manifestent souvent une certaine ambivalence et vivent une réaction de deuil (Morin, 1984) dans les semaines qui suivent l'avortement. Si elles n'ont pas la possibilité de sortir de leur isolement et d'en parler à une personne significative, elles risquent de devenir à nouveau enceintes à brève échéance. Bien souvent, elles ne comprennent pas ces contradictions et cherchent à oublier le plus rapidement l'événement douloureux.

Lorsqu'elles reviennent consulter après leur avortement, les adolescentes expriment beaucoup de satisfaction à se sentir écoutées et comprises. Certaines deviennent par la suite capables d'aider d'autres jeunes filles en expliquant et en rassurant

avec les mots et les réactions propres à leur âge et à leur expérience vécue. L'idée de créer un réseau de «marraines» fait son chemin et nous croyons qu'elle pourrait s'avérer une solution d'entraide très valable.

Les services d'interruption de grossesse fonctionnent depuis quatre ans à la Clinique des Jeunes. Nous avons pu constater que chaque demande exige beaucoup de temps et de disponibilité de la part de l'équipe médicale. L'intervention en elle-même se révèle une réalité souvent très dure pour le médecin qui la pratique. En conséquence, il faut aussi prévoir des mécanismes de soutien pour l'intervenant qui ressent à l'occasion une grande lassitude.

## RECHERCHE

### Les limites d'un modèle

On l'a déjà mentionné, les évaluations périodiques auxquelles ont procédé les intervenants de la Clinique révèlent qu'une proportion importante des adolescentes qui recourent à nos services sont déjà enceintes au moment où elles se présentent, ou encore, soupçonnent une grossesse.

Préoccupés par le fait que cette tendance s'accroît au fur et à mesure que croît la popularité de notre organisme, nous avons vu la nécessité de reconsidérer nos services.

Le modèle médical basé sur la relation thérapeute-client est encore privilégiée dans les cliniques de planning des naissances. Étant donné les limites de ce modèle, il faut développer des mesures préventives pouvant répondre adéquatement aux besoins des adolescentes en matière de sexualité et de contraception.

### Un projet de recherche

Nous avons commencé au cours de l'automne 1982 une démarche de recherche visant à définir un modèle d'intervention basé sur l'utilisation d'adolescentes-intervenantes. Deux étapes distinctes ont été envisagées dans le déroulement du projet.

Dans un premier temps, l'étude visait à connaître la population auprès de laquelle ce modèle est susceptible de s'appliquer. Il importait aussi de savoir si les adolescents sont intéressés à intervenir les uns auprès des autres.



Une recension de la littérature effectuée en 1981 vint confirmer nos observations à l'effet que plusieurs composantes interagissent sur le comportement sexuel et contraceptif de l'adolescente : composantes physiques, psychologiques, cognitives et socio-culturelles. Il nous est apparu nécessaire d'évaluer l'influence de ces composantes auprès de la population adolescente.

La cueillette des données à laquelle nous avons procédé (Tessier, 1983) nous donne une connaissance plus exacte des adolescentes, de leur santé physique et mentale, de leur vie sexuelle et de leur expérience de contraception. L'étude traduit aussi les besoins et les services que les adolescentes identifient comme prioritaires et leur intérêt face au «peer counseling».

Ce premier volet du projet de recherche est terminé et les résultats sont disponibles. Un article en fait état dans le présent numéro (Tessier, 64-73).

Quant au second volet, il vise l'opérationnalisation du modèle orienté vers l'utilisation d'adolescents-intervenants ; la Clinique des Jeunes Saint-Denis est donc maintenant appelée à y travailler.

## CONCLUSION

Tout au long des rencontres qui ont mené à l'écriture de cet article, nous nous demandions : pour quoi nous ? Nous croyons en effet qu'il existe actuellement au Québec plusieurs lieux où les jeunes peuvent recevoir des services de qualité en matière de planning, de sexualité et d'avortement. Sans doute a-t-on fait appel à nous parce que nous étions parmi les pionniers. C'est un rôle à la fois flatteur et difficile. Nous sommes fiers d'avoir un tant soit peu contribué à stimuler l'intérêt de certains milieux d'intervention à l'égard des diverses situations que peut vivre un jeune dans sa vie sexuelle et affective. Cependant, il n'est pas facile de trouver sans cesse l'énergie et la motivation pour aller plus loin et toujours plus avant. Nous sommes conscients qu'il faut à notre tour aller se ressourcer à l'occasion auprès d'autres intervenants oeuvrant comme nous auprès des jeunes. Il est clair aussi que nous n'abordons qu'une partie de ce qu'il est maintenant convenu d'appeler la «problématique jeunesse». Il suffit de penser à la situation économique actuelle et au suicide à la hausse chez les jeunes.

La Clinique est maintenant ouverte depuis six ans et l'année dernière, nous avons donné plus de 13 000 consultations (B.C.J., 1983-84) se rapportant à notre problématique spécifique. Il ne fait pas de doute qu'une clinique comme la nôtre répond à de nombreux besoins chez les jeunes ; il nous faut cependant demeurer vigilants face à toutes les dimensions de la vie des adolescents d'aujourd'hui.

## NOTE

1. Congrès international conjoint sur les M.T.S., 17 au 21 juin 1984, Montréal.

## RÉFÉRENCES

- BEAUDOIN, L., BRUNEAU, S., SIMARD, R., 1980, *Ça ne peut plus durer!*, Bureau de Consultation-Jeunesse Inc.
- BOUCHARD, L., DUBÉ, M., OUMET, R., 1981, *Aie... j'suis menstruée!*, Bureau de Consultation-Jeunesse Inc.
- BUREAU DE CONSULTATION-JEUNESSE, 1984, *Rapport annuel 1983-84*, Clinique des jeunes Saint-Denis, 35.
- EDMOND, F., LEVAC, B., WALSH, S., 1978, *Prêt, pas prêt y vas!*, Bureau de Consultation-Jeunesse Inc., Adimer, Montréal.
- FORTIN, G., 1981, *Un lourd secret: l'inceste*, Bureau de Consultation-Jeunesse en collaboration avec le ministère de la Justice.
- KANTNER, J.F., ZELNICK, M., ZABIN, L., 1979, The risk of adolescent pregnancy in the first month of intercourse, *Family Planning Perspectives*, 11, 215-222.
- LAMPE, M., FRAPPIER, J.Y., 1981, La grossesse à l'adolescence, *L'Union médicale*, 110, 3, 6-8.
- MONTPETIT, C., LANGLOIS, L., 1981, *Une conquête de plus...*, Bureau de Consultation-Jeunesse Inc.
- MOREAU, M., SAINT-JEAN, N., 1982, La pilule du lendemain, *Le médecin du Québec*, mars.
- MOREAU, M., 1983, *La mini-aspiration. Les intervenants des C.L.S.C. face à l'avortement*, novembre, tiré à part, Fédération des C.L.S.C.
- MORIN, L., 1984, *Le deuil après l'avortement*, Journée d'échanges et de formation sur la pratique des avortements dans les C.L.S.C., 16 mars, tiré à part Gisèle Lafrance, C.L.S.C. Centre-Sud.
- NADEAU, B., 1983, *L'entraide chez les jeunes: perspective d'intervention et de recherche*, allocation présentée au colloque de la fédération des C.L.S.C. sur l'approche communautaire auprès des 0-18 ans, Montréal.
- RONDEAU, G., TESSIER, M., 1981, Adolescents en foyer de groupe et sexualité: une intervention à développer, *Revue québécoise de Sexologie*, 2, 2, 147-156.
- SAINT-AMOUR, J., DION-COUTURE, M., MORIN, L., CHARBONNEAU, L., 1981, *Les maladies transmises sexuellement*, La Société canadienne de la Croix-Rouge, hiver.
- TESSIER, M., 1983, *La clinique des jeunes Saint-Denis: profil des bénéficiaires*, Thèse de maîtrise non publiée, École de Service Social, Université de Montréal.
- VIVIER-ROSA, C., 1984, *Les réactions émotives intenses lors de l'interruption de grossesse volontaire*, Journée d'échanges et de formation sur la pratique des avortements dans les C.L.S.C., Centre-Sud.

**SUMMARY**

The Clinique des Jeunes St-Denis was founded in 1977 to provide complete medical and psychosocial services to young clients in matters of sexuality. The work assumed by a multi-disciplinary team has provided its members with an opportunity for growth and allowed them to investigate the different aspects

of their work load. The actual clinical needs and the effective treatment are discussed: abortion, incest, sexually transmitted diseases, etc. Groups are formed in order to perceive the adolescent as a whole and not only its sexual dimension; and a concern for preventive action is always present. A research on these matters has been initiated.

## **COLLOQUE : Regards anthropologiques et psychiatrie**

### *Culture, société et problèmes de santé mentale*

C.H. DOUGLAS

UNITÉ DE RECHERCHE  
PSYCHOSOCIALE  
C.H. Douglas

GIRAME  
(Groupe Interuniversitaire de  
recherche en anthropologie  
médicale et ethnopsychiatrie)

### **PROGRAMME PRÉLIMINAIRE**

#### **Vendredi 19 avril, 9 h**

##### LA RÉFÉRENCE CULTURELLE

- G. BIBEAU : Le cadre de référence anthropologique
- A. ZEMPLÉNI : La démarche d'un guérisseur africain
- M. LOCK : Female Life Cycle and Mental Health in Japan
- M. TOUSIGNANT : La construction culturelle d'états émotionnels

#### **14 h**

##### LA DIFFÉRENCE CULTURELLE ET SON IMPACT

- R. CHANDRASENA : Culture, Language and Diagnosis
- H.B.M. MURPHY : Immigration and Culture: A Mesh to disentangle
- M. PANDOLFI : Psychothérapie et milieu rural en Italie
- C. STERLIN : La référence culturelle dans une pratique clinique en milieu ethnique à Montréal

#### **Samedi 20 avril, 9 h**

##### CULTURE ET PRATIQUES PSYCHIATRIQUES

- N. SHEPER-HUGHES : An Ethnography of the Desinstitutionalization; transcultural perspectives (USA-Italy)
- (à confirmer) : Societal Context of Desinstitutionalization in North America
- E. CORIN : Contraintes et stratégies : la dynamique de la réinsertion sociale des patients psychiatriques
- L. GUAY : Contraintes et stratégies : la dynamique d'un milieu défavorisé à Pointe-St-Charles
- Conclusions

**Comité organisateur :** Suzanne Lamarre; Pierre Migneault; Ellen Corin; Michel Tousignant