

Le projet « SEXPRIMER » :

agir auprès des parents afin de promouvoir une sexualité responsable à l'adolescence

Gilles FORGET
Angèle BILODEAU
Jeanne TÉTREULT

Département de santé communautaire Maisonneuve-Rosemont

La santé publique s'est de tout temps intéressée à la famille. Centrées d'abord sur la santé de la mère et de l'enfant, les préoccupations des intervenants se sont graduellement élargies pour englober le développement de la compétence parentale et l'action auprès des familles comme environnement devant favoriser chez l'ensemble de ses membres l'adoption de comportements préventifs. Cependant, comme le montre une recension récente d'expériences (Dansereau, 1990), la recherche sur la famille, tout comme celle en santé publique, s'est surtout préoccupée des nouveaux parents et des jeunes familles. Or, les transformations sociales et l'acuité de certains problèmes de santé chez les jeunes obligent à revoir les projets de promotion de la santé auprès des familles et à considérer les adolescents et leurs parents comme clientèles-cibles. À cet égard, les interventions connues visant l'environnement familial des adolescents portaient surtout sur la dimension de la communication parents/adolescents (Whitehead, 1984), peu importe la problématique visée. La communication comme mécanisme de résolution de problème permet en effet à la dyade parents/adolescents de concrétiser la responsabilisation progressive des adolescents au sein des interactions familiales (Boivin, 1988; Cloutier, 1988).

En regard du développement d'une sexualité responsable à l'adolescence, plusieurs travaux appuient la justesse des interventions ciblant la relation familiale et la communication en montrant dans quelle mesure

la communication sur la sexualité et la contraception entre l'adolescent et ses parents compte parmi les déterminants de l'efficacité des comportements de contraception (Rogel, 1982; Jorgeson, 1980; Flick, 1986). Bien qu'en général, les études concluent à une corrélation entre les parents comme source d'information et l'utilisation constante et efficace d'une méthode contraceptive, l'influence des parents se situe davantage au niveau des attitudes face à la sexualité développées par les adolescents (Fisher, 1986; Lavallée, 1990).

LE PROJET « SEXPRIMER POUR UNE SEXUALITÉ RESPONSABLE »

Le projet « SEXPRIMER pour une sexualité responsable » s'inscrit dans cette préoccupation récente des intervenants en santé publique pour les adolescents et leurs parents. Il vise la prévention des grossesses à l'adolescence, phénomène qui prévaut de plus en plus chez les jeunes adolescentes et dont les conséquences physiques, psychologiques et sociales sont importantes tant pour la mère adolescente, le père adolescent, que l'enfant et les familles de ces adolescents (Comité, 1989). Ce projet est implanté sur une base expérimentale dans deux quartiers socio-économiquement défavorisés de l'est de Montréal : Hochelaga-Maisonneuve et Rosemont, où les taux de fécondité à l'adolescence sont plus du double de la moyenne provinciale (Pelchat, 1987). Outre qu'il permet d'agir directement auprès des jeunes par un programme éducatif dispensé dans le cadre du cours de Formation personnelle et sociale, ce projet innove en intégrant une approche auprès de leurs parents. De cette façon, le projet agit sur les facteurs individuels favorables au contrôle de la sexualité et de la contraception, mais aussi sur les facteurs environnementaux facilitant l'acquisition d'habiletés personnelles menant à l'adoption et au maintien de comportements préventifs. L'action menée auprès des parents repose sur l'envoi à domicile de cinq numéros d'un bulletin de liaison au moment même où les adolescents participent au programme éducatif. Ce bulletin de liaison vise à accroître la communication dans la famille et à stimuler les échanges sur la sexualité et la contraception afin de renforcer, dans le milieu familial, la formation réalisée en milieu scolaire auprès des jeunes.

Un bulletin de liaison interactif pour rejoindre l'ensemble des familles

Les approches communément utilisées en santé publique pour rejoindre les clientèles sont individuelles, de groupe ou médiatisées. Le projet SEXPRIMER met de l'avant une approche médiatisée caractérisée par la production d'un bulletin de liaison qui permet de rejoindre l'ensemble des familles. Celui-ci contient une première rubrique visant à informer les parents sur la formation à laquelle participent les adolescents à l'école. Une seconde rubrique présente les services et ressources de la communauté auxquels peuvent recourir les parents d'adolescents. La troisième section propose une formation sur la communication parents/adolescents, et la dernière est consacrée aux réactions des parents recueillies grâce à une activité interactive jointe à chacun des numéros du bulletin.

La mise sur pied d'un groupe-conseil formé de huit représentants des parents (issus des comités d'école) touchés par l'intervention permet d'assurer la pertinence et l'accessibilité de l'outil de communication. Ce procédé s'inspire de celui des groupes de discussion qui permet d'obtenir les opinions ou les expériences d'un petit groupe de personnes sur un problème, une expérience de service ou un phénomène (Basch, 1987). Se réunissant au cours de la production de chacun des cinq numéros du bulletin de liaison, ce groupe de parents-conseil lit les épreuves, vérifie la compréhension des textes et ajoute des faits d'expérience au contenu.

L'évaluation

Malgré l'utilisation de cette stratégie d'intervention lors d'expériences similaires (Apte, 1987; Vincent, 1988), l'évaluation d'une telle formation à distance demeure à compléter. D'une part, quels facteurs organisationnels favorisent la réalisation et la recevabilité d'une telle intervention auprès des parents ? D'autre part, un médium écrit peut-il agir sur la communication parents/adolescents et peut-il y parvenir dans le contexte des milieux socio-économiquement défavorisés ? Afin de répondre à ces questions, deux expérimentations successives de ce projet se sont déroulées de janvier 1989 à juin 1990 et ont permis l'évaluation de la mise en œuvre et des effets de ce projet auprès des adolescents et leurs parents.

Les facteurs de succès de la mise en œuvre

Réalisée selon un devis d'étude de cas, l'évaluation de la mise en œuvre (Bilodeau, 1990) cherche à décrire et expliquer les écarts observés entre l'intervention planifiée et celle réalisée au regard des caractéristiques inter et intra-organisationnelles du milieu d'implantation. Elle nous renseigne ainsi sur les conditions de succès de l'intervention et les améliorations à y apporter.

Au niveau interorganisationnel, la production du bulletin de liaison a pu compter sur l'appui manifeste des parents et leur participation soutenue au sein d'un groupe de parents-conseil, grâce à une démarche systématique d'information et de sollicitation faite auprès des écoles et des comités d'école. Au niveau interne, la production de chacun des cinq numéros du bulletin de liaison s'est appuyée sur une approche d'équipe et a pu compter sur une personne-clé responsable de la mise en œuvre, qui en a soutenu la réalisation à toutes les étapes : de la conception à la diffusion. Ces facteurs ont largement contribué à maintenir, voire augmenter la motivation des parents-conseil, à assurer leur participation jusqu'à la fin du projet et surtout, à donner un produit respectant les critères établis. Tel qu'il avait été prévu à l'étape de la planification, le groupe de parents-conseil se percevait comme le « baromètre » des autres parents; le témoignage suivant en fait foi :

Pour moi, c'était de voir ce qui m'était présenté. Bon, de dire moi, est-ce que ça m'accroche ? Y a-t-il des choses que je trouve bizarres, des formules incompréhensibles... Et ces remarques-là de la part de tout le monde étaient considérées.

Les résultats de cette évaluation indiquent globalement quatre principes directeurs qui assurent le succès d'un projet de promotion de la santé :

- le choix d'un projet susceptible de rassembler plusieurs partenaires et d'obtenir l'appui de la communauté;
- la décision de l'organisme promoteur et des partenaires associés au projet d'investir dans la prévention;
- la capacité de l'organisme maître d'œuvre de définir, mener à terme et soutenir le milieu dans l'implantation d'une intervention consistante et originale;
- la capacité de l'organisme maître d'œuvre d'assurer la rigueur de la démarche, de la planification à l'évaluation, de façon à démontrer les résultats du travail collectif.

Les effets de l'intervention

L'évaluation sommative de l'intervention a été faite dans le cadre d'une expérimentation planifiée en vue d'en contrôler les effets. Le devis de recherche conçu à cette fin est de type quasi-expérimental, avec groupe contrôle et mesures avant/après auprès des adolescents et leurs parents. Le recours à une population témoin dont les caractéristiques démographiques et socio-économiques sont comparables à celles de la population expérimentale permet d'isoler l'intervention comme variable indépendante et d'écarter les biais liés à la maturation des sujets. Le choix de l'école contrôle en fonction de l'indice de défavorisation des écoles de l'île de Montréal (Conseil, 1989) assure la comparabilité des deux populations sur le plan socio-économique.

La population enquêtée est composée d'un parent par adolescent, le père ou la mère en alternance. Dans les cas de familles monoparentales, le parent présent est répondant. Dans les cas d'adolescents ne vivant pas avec l'un ou l'autre de leurs parents, l'adulte significatif est retenu pour l'enquête. Parmi les 986 élèves composant la population initiale, 232 ont dû être écartés en raison de numéros de téléphone non disponibles ou discontinués ou de leur langue autre que le français. La population à l'étude compte donc 408 parents du groupe expérimental et 346 parents du groupe contrôle. Lors de l'enquête post-intervention (post₁), une école a été omise, ce qui a conduit à réaliser une deuxième enquête post (post₂) à 4 mois d'intervalle auprès de toute la population. Le taux de réponse à l'enquête pré/post₁ est de 73 % dans la population expérimentale (2 écoles) et 64,7 % dans la population contrôle, alors qu'il est respectivement de 56,6 % et 47,1 % pour l'enquête pré/post₂. Les taux de refus à l'une ou l'autre des enquêtes, bien que légèrement supérieurs dans la population contrôle, demeurent très bas pour ce genre d'enquête. Ce sont plutôt les taux de non-réponse à l'une ou l'autre des enquêtes qui affectent le plus le taux de réponse.

Étant donné le taux de 40 % de familles monoparentales dans les populations expérimentale et contrôle et la nette prépondérance de mères chefs de ces familles (83 %), 63 % de la population enquêtée est composée de mères, avec une surreprésentativité (67 % contre 56 %, $p = 0,01$) dans la population expérimentale. Afin de confirmer la comparabilité des deux populations à l'étude et de les décrire sur le plan socio-économique, deux indicateurs ont été retenus : le niveau de scolarité et la principale source de revenu des parents. Ainsi, 45 % des mères et des pères n'auraient pas terminé leurs études secondaires et 18 % des pères et 35 % des mères

tireraient leur revenu d'une autre source qu'un emploi. Aucune différence n'apparaît entre les populations expérimentale et contrôle en ce qui concerne ces deux indices. Enfin, la population étudiée, tant expérimentale que contrôle, est d'origine canadienne à 86 %.

TABLEAU 1

Nombre de répondants au sondage téléphonique effectué auprès des parents d'élèves des populations expérimentale et contrôle lors des trois mesures de l'enquête

Groupe	Janvier 1990	Juin 1990	Octobre 1990
	Pré	Post ₁	Post ₂
Expérimental	408	297	228
Contrôle	346	224	162

La satisfaction des parents à l'égard du bulletin de liaison

L'évaluation de la satisfaction des parents informe sur leur degré de participation et l'utilité perçue du bulletin comme outil d'information et de communication.

Le taux de lecture des parents et leur participation aux activités interactives insérées aux bulletins de liaison sont élevés. La moitié (50,4 %) des répondants disent avoir lu tous les bulletins reçus et 40 % en ont lu quelques-uns; près du tiers (30,7 %) disent avoir réalisé au moins une des activités interactives.

Le bulletin de liaison semble être, selon les parents, un outil de formation efficace. Plus de 90 % des répondants le considèrent comme étant facile à lire. La plupart des répondants sont satisfaits, les trois quarts considérant que le journal SEXPRIMER les a assez ou beaucoup informés sur la formation destinée aux adolescents, sur la communication et sur les ressources. Quatre-vingts pour cent des parents considère que les activités leur sont assez ou beaucoup utiles et 55 % affirment que le bulletin les a aidés à communiquer avec leurs adolescents. Enfin, 62 % des parents disent que ce bulletin peut aider les autres parents.

L'envoi du bulletin poursuivait deux objectifs : informer les parents et soutenir la communication sur la sexualité et la contraception. À ce

sujet, 45 % des répondants disent avoir parlé plusieurs fois du bulletin avec leurs adolescents. De plus, selon les répondants, 75 % des adolescents auraient lu le bulletin. Enfin, 70 % des parents déclarent avoir parlé une ou plusieurs fois avec leurs adolescents du programme éducatif dispensé à l'école. Certains commentaires recueillis par une des activités interactives illustrent l'appréciation des parents.

« J'aime beaucoup l'idée d'avoir fait un journal pour les parents, c'est un support pour nous ».

« J'ai beaucoup apprécié. Souvent on se remet en question en tant que parent. Suis-je trop ou pas assez exigeant vis-à-vis mon adolescent ? Vous avez répondu à plusieurs questions. Merci à votre équipe ».

« Journal intéressant. Nous tient au courant des développements au sujet de la sexualité des jeunes ».

« C'est un bon journal qui donne l'occasion de penser à certaines choses et d'en discuter ».

Les effets de l'intervention sur la communication et la dynamique familiale

Les effets de l'intervention sur la communication parents/adolescents et sur la relation familiale seront appréciés selon deux mesures réalisées à la fois auprès des adolescents et de leurs parents. D'abord la fréquence et le degré de difficulté de la communication entre l'adolescent et ses parents au sujet des amis de l'adolescent, des activités des parents, de la sexualité et de la contraception. Deuxièmement, une échelle de mesure de l'attention parentale telle que la perçoivent les adolescents (Tousignant, 1988) et son adaptation pour les parents. Cette dernière échelle comporte neuf items et présente un coefficient de consistance interne de 0,83, légèrement inférieur à celui de l'échelle initiale destinée aux adolescents ($\alpha = 0,90$). Les populations expérimentale et contrôle étaient homogènes au début de l'intervention à l'égard de ces mesures.

Les effets observés chez les parents

Les données recueillies initialement et au terme de l'intervention indiquent une amélioration et un maintien de la communication significativement plus élevés chez les parents du groupe expérimental, tant sur la sexualité que sur la contraception, différence qui se maintient quatre mois après la fin de l'intervention comme le montre le tableau 2.

Toutefois, lorsqu'on isole les pères et les mères, l'effet de l'intervention n'est manifeste que chez ces dernières (sexualité : pré/post₁ $p \leq 0,05$, pré/post₂ $p \leq 0,10$; contraception : pré/post₁ $p \leq 0,01$, pré/post₂ $p \leq 0,01$), alors que les pères du groupe expérimental ne se comportent pas différemment de ceux du groupe contrôle.

TABLEAU 2

Évolution de la communication parents/adolescents en pré/post₁ et pré/post₂ selon le sujet, population expérimentale (%)

Évolution de la communication	Pré/post ₁ N = 338 ¹			
	Amis	Activités	Sexualité	Contraception
Maintien de la communication	73,6	87,1	61,4	57,1
Amélioration de la communication	7,9	7,1	14,3	14,3
Détérioration de la communication	15,0	2,9	8,6	7,9
Absence de communication	3,6	2,9	15,7	20,7
Différence significative par rapport au groupe contrôle	n.s.	n.s.	p=0,038	p=0,004
	Pré/post ₂ N = 349 ²			
Maintien de la communication	75,2	84,2	58,6	54,8
Amélioration de la communication	6,7	4,8	20,	19,5
Détérioration de la communication	12,9	8,1	9,0	11,0
Absence de communication	5,2	2,9	12,4	14,8
Différence significative par rapport au groupe contrôle	n.s.	n.s.	p=0,03	p=0,05

1. La taille de la population comprend 2 des 3 écoles expérimentales;
2. La taille de la population comprend les 3 écoles expérimentales.

Par ailleurs, en ce qui concerne la facilité de communiquer sur les quatre objets proposés, initialement la majorité des parents dit que cette communication est facile, à 83,5 % en ce qui concerne la contraception et à 69,4 % pour la sexualité. Néanmoins, on note une amélioration plus importante de la facilité perçue chez les parents du groupe expérimental en $post_1$ pour les activités des parents ($p = 0,001$), les amis des adolescents ($p = 0,03$) et la sexualité ($p = 0,07$). Ces différences ne se confirment toutefois pas en $post_2$ contrairement à ce qui était observé pour la fréquence de communication.

Dans le même sens, les résultats indiquent une amélioration de l'attention parentale au terme de l'intervention chez 50,4 % de la population expérimentale comparativement à 31,6 % de la population contrôle en $post_1$ ($p = 0,00007$), amélioration qui se maintient en $post_2$ ($p = 0,0004$). L'analyse de régression confirme que le niveau d'attention parentale tel que le perçoivent les parents en $post$ intervention varie de façon importante lorsqu'ils ont été soumis à l'intervention, effet qui se maintient quatre mois après la fin du projet comme en témoigne le tableau 3. Les mères plus que les pères contribuent à l'amélioration du niveau d'attention parentale en $post_1$ et aucune autre variable à caractère socio-démographique ne vient modifier de façon significative la mesure au terme de l'intervention.

TABLEAU 3

Résultats de l'analyse de régression multiple de l'attention parentale en pré, du groupe expérimental ou contrôle et des variables socio-démographiques sur l'attention parentale en $post^1$ et en $post^2$

Variables	Pré/ $post_1$		Pré/ $post_2$	
	b	t	b	t
Attention parentale pré	0,486	10,17*	0,41	10,54*
Gr. expérimental	1,173	4,3 *	1,08	3,21**
Parent : mère	1,71	3,96*	0,04	0,84
Niveau scolaire de l'adolescent	0,07	1,37	-0,07	-1,55
Sexe de l'adolescent	0,03	0,64	-0,034	-0,716
Constante	13,57	10,62*	16,17	14,67*
R2	0,57		0,501	

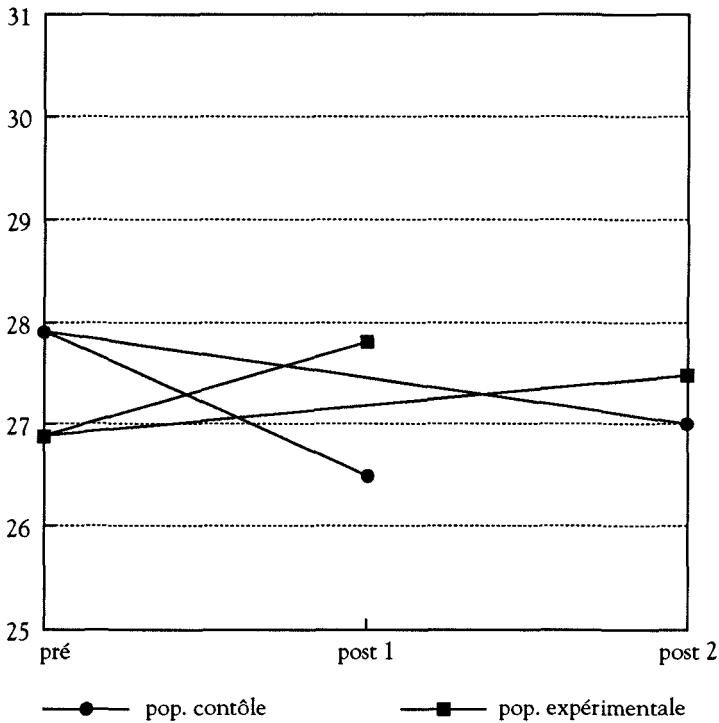
* $p \leq 0,000$

** $p \leq 0,001$

La figure 1 illustre les scores à l'échelle d'attention parentale perçue par les parents des groupes expérimental et contrôle aux trois temps de l'évaluation.

FIGURE 1

Scores à l'échelle d'attention parentale perçue par les parents en pré, post₁, post₂. Population expérimentale et contrôle



L'évaluation de l'intervention auprès des jeunes

Bien que la nature de l'intervention faite auprès des jeunes ait été différente, il paraît important de vérifier de quelle façon ces derniers se comportent à l'égard des dimensions analysées auprès de leurs parents. Notons en premier lieu que 64 % d'entre eux ont vu ou lu le bulletin de

liaison adressé à leurs parents et parmi ceux-ci, 63 % en ont parlé avec ces derniers au moins une fois. En ce qui concerne la communication, les résultats chez les adolescents ne montrent aucune différence entre les populations expérimentale et contrôle. De 28 % à 41 % des jeunes disent avoir maintenu au cours du projet une communication avec leurs parents sur la sexualité ou la contraception. Les données relatives à l'attention parentale perçue par les adolescents vont dans le même sens, indiquant aucune différence attribuable à l'intervention entre les deux groupes.

DISCUSSION

L'action effectuée auprès des parents dans le cadre de projets de promotion de la santé chez les adolescents correspond à une stratégie qui considère l'environnement familial parmi les déterminants de l'adoption et du maintien d'attitudes et de comportements préventifs chez les jeunes. Bien que cette stratégie ait déjà été tentée dans le cadre de projets similaires visant la promotion d'une sexualité responsable à l'adolescence, le projet SEXPRIMER ajoute aux connaissances acquises par son évaluation rigoureuse de la mise en œuvre et des effets. Il permet ainsi d'apprécier la faisabilité d'une approche médiatisée et sa capacité à améliorer les attitudes et les comportements des parents d'adolescents dans des milieux vulnérables parce que socio-économiquement défavorisés.

Une formation à distance peut influencer les parents. L'utilité perçue et la satisfaction exprimée par ces derniers témoignent de leur réceptivité face à ce type d'information. Ces résultats sont conformes à ceux d'une étude récente (Laurendeau, 1991) évaluant un bulletin mensuel adapté à l'âge de l'enfant et distribué aux parents, de la naissance à l'âge de deux ans. Cette étude conclut que l'utilisation d'un bulletin de liaison s'avère un bon outil de promotion de la santé, notamment parce qu'il a l'avantage de rejoindre un grand nombre de personnes. Les résultats de SEXPRIMER confirment qu'une intervention de la sorte est aussi profitable pour les parents d'adolescents que pour les nouveaux parents.

La capacité d'un médium à rejoindre sa clientèle dépend principalement de l'adéquation du contenu et de la forme aux habitudes de lecture de la population visée. Bien qu'au Québec la résistance face à l'éducation à la sexualité s'atténue, les propos que nous pouvons tenir sur le sujet peuvent toujours remettre en question l'existence même du programme, comme ce fut le cas lors de l'implantation massive d'un programme d'information sur la sexualité dans les écoles secondaires du Québec en

1976 (Comité, 1989). La collaboration du groupe de parents-conseil à la production du bulletin est, dans une large partie, responsable du succès du projet. En effet, cet élément permet de constamment adapter l'accessibilité du contenu et d'y inclure des faits d'expérience de parents aux prises avec la nécessaire adaptation qu'entraîne l'adolescence. Ce processus est, de plus, appuyé par les activités interactives qui reflètent, à chaque numéro, la dynamique familiale des lecteurs. Cette approche aura finalement facilité, voire augmenté, l'acceptabilité du projet pour les parents qui, ne l'oublions pas, ont droit de regard sur les activités à l'école.

Le projet SEXPRIMER vise les milieux les plus à risque relativement à la grossesse à l'adolescence. Parmi les facteurs contribuant à l'incidence de ce phénomène, la pauvreté est certes celui qui caractérise le plus la population rejointe. Pour les responsables de la santé publique, rejoindre cette clientèle demeure parmi les plus grands défis. Les résultats de cette étude montrent que l'intervention a réussi à améliorer et à maintenir la communication parents/adolescents sur la sexualité et la contraception, et l'attention parentale chez une population figurant parmi les plus défavorisées de l'île de Montréal. Le projet agit en créant un prétexte à la communication et en proposant des attitudes et une façon de faire dans un langage accessible aux parents visés. Il est ainsi intéressant de constater que selon les parents, les trois quarts des adolescents ont lu les bulletins (ce que confirment les mesures effectuées auprès des adolescents), que ce médium a constitué, pour la moitié des parents, un sujet d'échange et qu'il les a aidés à communiquer. Il a aussi conduit près des trois quarts des parents (70 %) à communiquer avec leurs adolescents sur le programme éducatif dispensé à l'école.

Bien que les résultats observés auprès des parents soient prometteurs, cette action demeure sous-jacente aux objectifs poursuivis par l'ensemble de l'intervention qui vise l'adoption et le maintien de comportements contraceptifs efficaces chez les jeunes. À ce sujet, on observe chez les adolescents une amélioration des habiletés relatives au contrôle de la contraception. L'analyse montre de plus que les habiletés de contraception observées chez les jeunes au terme de l'intervention se sont davantage accrues chez les sujets ayant amélioré ou maintenu une communication avec leurs parents sur la sexualité (telle que la perçoivent les adolescents). Cependant, l'écart entre les perceptions des parents et celles des adolescents sur la communication et sur l'attention parentale demeure difficile à expliquer autrement qu'en l'attribuant aux caractéristiques de l'adolescent qui a tendance, dans sa quête d'affirmation, à définir les relations familiales en termes de conflits.

Même si cette étude indique la capacité de l'intervention à améliorer les attitudes et les comportements de communication des parents, il serait intéressant, dans les recherches futures, de s'attarder aux modifications apportées par des interventions similaires au niveau des interactions familiales. Ainsi, comment cette plus grande communication se traduit-elle dans les interactions parents/adolescents ? Est-ce que la formation contenue dans le bulletin de liaison est intégrée par les parents et se reflète dans les interactions familiales ? Autant de questions auxquelles une recherche qualitative, appuyée par une observation des interactions, serait en mesure de répondre. Finalement, la question des effets de l'amélioration de l'environnement familial sur les attitudes et comportements des adolescents demeure encore à documenter. Bien que nos résultats associent la communication parents/adolescents à de meilleures habiletés de contrôle de la contraception chez les adolescents, nos résultats ne nous permettent pas de conclure que l'amélioration de la communication notée par les parents est aussi tangible chez les adolescents.

Enfin, cette étude fait ressortir le potentiel de l'intervention auprès des parents, non seulement pour la prévention des grossesses à l'adolescence, mais pour tous les problèmes d'externalisation des jeunes (Groupe de travail, 1991) pour lesquels les facteurs de risques familiaux sont importants. L'aspect le plus marquant de cette étude consiste sans doute en ce qu'il met en évidence le nécessaire soutien à apporter aux parents d'adolescents, ce qui facilite d'autant le travail accompli auprès des jeunes.

RÉFÉRENCES

- APTE, D. (1987), « A Plan to Prevent Adolescent Pregnancy and Reduce Infant Mortality », *Public Health Report*, Vol. 102, no 1, pp. 73-91.
- BASCH, CHARLES E. (1987), « Focus Group Interview : An Underutilized Research Technique for Improving Theory and Practice in Health Education », *Health Education Quarterly*, Vol.14, no 4, pp. 411-448.
- BILODEAU, A., FORTIN, M., TÉTREAULT, J., FORGET, G. (1990), *Étude de la mise en œuvre du projet Prévention des grossesses à l'adolescence*, D.S.C. Maisonneuve-Rosemont, Montréal, 102 pages.
- BILODEAU, A., TÉTREAULT, J. (1988), *Grossesse à l'adolescence, projet d'intervention*, DSC Maisonneuve-Rosemont, Montréal, 108 pages.

- BOIVIN, C., CLOUTIER, M., ALLARD, F. (1988), *Par-ado service de groupe multi-familial*, B.S.S. de l'Est, Montréal, 370 pages.
- CLOUTIER, R., GROLEAU, G. (1988), « Responsabilisation et communication : les clés de l'adolescence », *Santé Mentale au Québec*, Vol. 13, no 2, pp. 59-68.
- COMITÉ FAMILLE-ENFANCE (1989), Division de santé communautaire de l'Association des hôpitaux du Québec, *Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec, 128 pages.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES (1989), *Deux Québec dans un : rapport sur le développement social et démographique*, Gaétan Morin éd., Boucherville.
- CONSEIL SCOLAIRE DE L'ILE DE MONTRÉAL (1989), *Carte de la défavorisation et degré de défavorisation des unités de planification scolaire du territoire du Conseil scolaire de l'île de Montréal*, Montréal.
- DANSEREAU, S., TERRISE, B., BOUCHARD, J.-M. (1990), *Éducation familiale et intervention précoce*, les Éditions Agences d'Arc inc., Montréal, 499 pages.
- FISHER, TERRI D. (1986), « Parent-Child Communication About Sex and Young Adolescents's Sexual Knowledge and Attitudes », *Adolescence*, Vol. 21, no 83, pp. 517-527.
- FLICK, L. (1986), « Path to Adolescent Parenthood : Implications for Prevention », *Public Health Reports*, Vol. 101, no 2, pp. 132-147.
- GARDINER, C., FORD, B., HOLLIS, M., PERKAL, F. (1988), *Postponing Sexual Involment*, Santé et Bien-être Social Canada, Direction promotion de la santé, Ottawa, 27 pages.
- GROUPE DE TRAVAIL POUR LES JEUNES (1991), *Un Québec fou de ses enfants*, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communicaitons, Québec.
- JORGESON, S., KING, S., TORREY, B. (1980), « Dyadic and Social Network Influences on Adolescent Exposure to Pregnancy Risk », *Journal of Marriage and Family*, Vol. 42, no 1, pp. 141-155.
- LAVALLÉE, M., LAVOIE, C.-J. (1990), « Conceptions sexuelles des parents : leur influence sur leur enfant », *Apprentissage et Socialisation*, Vol. 13, no 2, pp. 91-103.
- LAURENDEAU, M.-C., DESJARDINS, N., KISHCHUK, N. (1991), *Évaluation après trois ans d'une intervention précoce de soutien au rôle parental*, DSC Hôpital général de Montréal, Résumé du rapport de recherche présenté au Conseil de la santé et des services sociaux de

Montréal métropolitain dans la cadre des projets d'intervention, d'études et d'analyses en santé communautaire.

- LEVINSON, R.-A. (1984), « Contraceptive Self-Efficacy : a Primary Prevention Strategy », *Journal of Social Work and Human Sexuality*, Vol. 3, no 1, pp. 1-15.
- PELCHAT, Y., WILKINS, R. (1987), *Dossier naissance : Quelques aspects socio-démographiques et sanitaires des mères et nouveaux-nés de la région 6A, 1979-83*, RDSCMM, Montréal.
- ROGEL, M., ZUEHLKE, M. (1982), « Adolescent Contraceptive Behavior : Influences and Implications », *Pregnancy in Adolescence : Needs, Problems and Management*, edited by I. Stuart and C. Wells, Van Nostrand Reinhold Company, New-York, pp. 194-218.
- TOUSIGNANT, M., HAMEL, S., BASTIEN, M.F. (1988), « Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire », *Santé Mentale au Québec*, Vol. 13, no 2, pp. 79-93.
- VINCENT, M.-L., CLEARIE, A.-F., JOHNSON, C.-G., SHARPE, P.-A. (1988), *Reducing Unintended Adolescent Pregnancy through School Community Educationnal Interventions : A South Carolina Study*, U.S. Departement of Health and Human Services, 40 pages.
- WHITEHEAD, P.C., GLINKSMAN, L. (1984), *Parent Éducation*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 142 pages.