

# Le rôle éducatif des parents d'accueil en matière de prévention des MTS et du SIDA

Marie BERLINGUET, Ph.D. et Richard CÔTÉ, T.S.  
*Centres jeunesse de Québec*  
Germain TROTTIER, Ph.D.  
*École de service social,  
Université Laval*

## ÉTAT DE LA QUESTION

L'adolescence, on le sait, est une période tumultueuse de la vie : les jeunes sont en recherche d'eux-mêmes. Ils sont en besoin d'affection, d'expérimentation de toutes sortes, en conflit avec les adultes, mais en même temps en besoin de leur approbation. Face aux divers dangers de la vie, ils recourent à la pensée magique. On sait, par exemple, qu'ils se sentent peu concernés par les MTS et le SIDA : « ce sont des maladies pour les autres ».

En plus des difficultés normales reliées à l'adolescence, les jeunes protégés par les Centres jeunesse connaissent, pour la plupart, des problèmes familiaux importants, une trajectoire personnelle faite de placements et parfois de replacements, d'échecs scolaires, de rejets et d'expériences négatives. Ils sont plus que d'autres à risque de consommation de drogues, de fugues, de sexualité précoce, de découragement et de suicide. Une étude réalisée à Sainte-Foy en 1990-1991 a fait voir que les jeunes en difficulté avec leur famille et leur entourage ont des habitudes négatives sur plusieurs plans à la fois et ont une faible estime

d'eux-mêmes<sup>1</sup>. Une bonne estime de soi, rappelons-le, est un facteur déterminant dans la capacité de négocier des mesures prophylactiques adéquates dans les rapports amoureux.

Dans ce contexte, la prévention des MTS-SIDA chez les adolescents placés en famille d'accueil représente à la fois un problème, un défi et une responsabilité. C'est pourquoi les Centres jeunesse de Québec ont initié un projet d'intervention MTS-SIDA auprès des familles d'accueil, avec l'idée qu'en sensibilisant les parents d'accueil, on aiderait ceux-ci à mieux aider les jeunes dans le domaine de la sexualité - et plus spécifiquement en matière de prévention des MTS-SIDA. L'ensemble de cette problématique, ainsi que le projet et son évaluation sont ici présentés.

### Les MTS, le SIDA et les jeunes

L'importance du danger que représente les MTS et le SIDA pour la société en général ne fait plus de doute. Le SIDA, maladie mortelle pour laquelle on n'a pas encore trouvé de thérapeutique efficace, fait l'objet d'une lutte mondiale et coûteuse. Quant aux autres maladies transmises sexuellement, bien qu'elles soient traitables, elles comportent un coût personnel et social élevé. À titre d'exemple, rappelons que la chlamydia peut entraîner l'infertilité. Cette infection est la plus fréquente et la plus importante des MTS au Québec avec un taux de 145,0 pour 100 000 pour l'année 1993. Les femmes enregistrent un taux beaucoup plus élevé que les hommes : 209,2 pour 100 000 en comparaison de 78,1 pour 100 000<sup>2</sup>. De plus, les individus âgés de 15-24 ans constituent le groupe le plus infecté par cette MTS au Québec<sup>3</sup>. Comme la chlamydia est souvent asymptomatique, elle rend plus difficile son traitement rapide. La prévention représente donc un moyen de lutte efficace.

Comme on l'a mentionné plus haut, l'infection à la chlamydia contribue fortement aux problèmes d'infertilité de la femme. Le désir d'un enfant fait partie intégrante de la nature humaine : pour les

1. Tard, C. et C. Boiteau, « Les habitudes de vie et la réalité des jeunes des écoles secondaires de la Commission scolaire des Découvreurs ». Rapport de recherche. Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, mai 1991.
2. Parent, R. et M. Alary, « Analyse des cas de gonorrhée, de chlamydie, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1990-1993 ». Centre québécois de coordination sur le sida, MSSS, avril 1995.
3. Trottier, G. *et al.*, « État des connaissances sur les personnes hétérosexuelles atteintes de MTS et stratégies de protection ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, avril 1993.

personnes infertiles, les recours sont l'adoption<sup>4</sup>, l'adoption internationale ou les nouvelles techniques de reproduction. Il apparaît conséquemment urgent de sensibiliser les jeunes aux risques des MTS, sans compter que ces maladies sont pénibles à vivre pour les personnes qui en sont atteintes et qu'elles requièrent des médications onéreuses.

Selon les autorités gouvernementales, les jeunes représentent une clientèle à risque pour les MTS. « Ce sont surtout les adolescents et adolescentes et les jeunes adultes qui sont les plus concernés par les MTS. Une étude montre que près de la moitié des jeunes de 16 ans ont eu leur première relation sexuelle et que 15 % d'entre eux ont eu plus de cinq partenaires »<sup>5</sup>. D'après certains observateurs, les jeunes commencent encore plus tôt leur vie sexuelle active, parfois même à 12 ans.

En ce qui a trait au SIDA, 22,4 % des cas déclarés le sont chez les 15-29 ans. La longue période d'incubation – de quelques mois à 11 ans – indique qu'ils ont été contaminés à un jeune âge<sup>6</sup>. Comme il n'existe encore aucun traitement efficace, la prévention du SIDA devient une nécessité absolue d'autant plus qu'on sait maintenant que la séropositivité évolue dans une grande partie des cas vers le SIDA.

On sait également que certains groupes sont plus atteints : les personnes ayant des relations sexuelles homosexuelles et celles qui utilisent des drogues injectables. Le directeur de « Point de Repères » a déjà indiqué que la consommation par voie intraveineuse devient une « mode » dans une société pressée de trouver une réponse immédiate à ses besoins<sup>7</sup>. Dans un tel contexte, il faut penser que les jeunes en difficulté sont à risque à la fois de consommation de drogues injectables et de contamination MTS-SIDA.

## Les Centres jeunesse

Les Centres jeunesse ont comme mission de protéger les jeunes dont la santé et le bien-être sont compromis (Loi sur la protection de la

---

4. Trottier G. *et al.*, *op. cit.*

5. « La politique de la santé et du bien-être ». MSSS, Québec 1992.

6. « Communiquons donc... Les MTS c'est notre affaire ! », Projet de sensibilisation aux MTS – Cégep de Sainte-Foy en collaboration avec le CLSC Sainte-Foy-Sillery, Sainte-Foy, 1992.

7. Présentation verbale. Comité régional sur le SIDA et les autres MTS. Régie régionale 03, février 1993.

jeunesse) et de mettre fin aux agirs délinquants (Loi sur les jeunes contrevenants). De plus, ils assurent le placement des jeunes qui leur sont référés. C'est ainsi qu'au 1<sup>er</sup> janvier 1994, les Centres jeunesse de Québec avaient sous leur responsabilité 430 adolescents en famille d'accueil, 85 jeunes en ressources d'autonomie et 530 (enfants et adolescents) en centres de réadaptation.

La durée moyenne de placement en famille d'accueil est d'environ deux ans. C'est par le placement des jeunes que les Centres jeunesse de Québec se sentent le plus concernés en regard de la problématique des MTS et du SIDA. Ils jouent auprès des jeunes, par l'intermédiaire des familles d'accueil et des centres de réadaptation, un rôle de socialisation complémentaire à celui des familles d'origine.

### **Les familles d'accueil**

Les familles d'accueil représentent une ressource d'hébergement largement utilisée au Québec. Elles sont aujourd'hui regroupées en associations, provinciale et régionale. Leurs services sont reconnus par le Législateur qui, par divers règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, encadre leur action et celle des intervenants sociaux.

Les familles d'accueil sont accréditées par les services de ressources des Centres jeunesse. Elles reçoivent appui et conseils des intervenants sociaux chargés d'en assurer la supervision. Pour la région 03, la plupart des familles sont d'origine québécoise, de classe moyenne, issues de milieux mi-urbains, en périphérie de la ville de Québec.

C'est en cours de quotidien que les parents d'accueil sentent le besoin d'être appuyés en regard des relations amoureuses des jeunes, de la contraception et de la prévention des MTS-SIDA et ils s'adressent fréquemment à ce sujet aux Centres jeunesse. Les parents d'accueil vivent des conflits intergénérationnels comme tout autre parent en regard du style de vie des jeunes. De plus, ils doivent composer avec des jeunes en difficulté dont le comportement est parfois très différent de celui de leurs propres enfants. Ces parents n'ont pas de formation professionnelle en relation d'aide et on comprend qu'ils veulent être outillés quant à leur rôle d'appui et de soutien auprès de jeunes. Comme les autres familles québécoises, les familles d'accueil ne sont pas non plus à l'abri des peurs et des sujets tabous tels la sexualité et les MTS-SIDA.

C'est en considérant l'ensemble de ces facteurs que le projet « Parents d'accueil et prévention des MTS et du SIDA chez les adolescents à risque » a été créé.

## LE PROJET D'INTERVENTION

Le projet « Parents d'accueil et prévention des MTS et du SIDA chez les adolescents à risque » consiste à outiller les parents d'accueil pour devenir des multiplicateurs en matière de prévention des MTS-SIDA auprès des jeunes dont ils ont la charge. Ce projet d'intervention est basé sur le postulat que les parents d'accueil peuvent devenir des guides significatifs en matière de prévention des MTS et du SIDA auprès des jeunes à risque. Cette affirmation repose sur un certain nombre de considérations : 1) les parents d'accueil sont les adultes ressources qui sont le plus en contact direct avec les jeunes en placement ; 2) les parents d'accueil sont sélectionnés en fonction de leur capacité à établir de bonnes relations avec les jeunes et susceptibles de constituer pour eux des modèles d'identification ; 3) dans la plupart des cas, les jeunes placés en famille d'accueil n'ont pas d'éducateurs assignés à leur suivi ; 4) ces jeunes n'ont pas de contacts quotidiens avec l'intervenant social chargé de leur suivi ; 5) les cours de formation personnelle et sociale dispensés par les écoles secondaires abordent la question de la prévention des MTS et du sida de façon succincte. Le contenu de ces cours est transmis à des groupes d'étudiants et cette formule peut difficilement tenir compte des besoins individualisés des jeunes en familles d'accueil.

Le programme vise à habilitier les parents d'accueil à jouer un rôle d'éducation et de prévention en regard des MTS et du SIDA auprès des adolescents et adolescentes qui leur sont confiés par les Centres jeunesse de Québec. L'intervention s'appuie sur les principes de l'andragogie et du service social des groupes. L'interaction des participants à partir de leur vécu comme parents a été favorisée. Les instruments et activités ont été construits en misant sur les apprentissages déjà réussis par les parents d'accueil : l'éducation et l'accompagnement de leurs propres enfants ; leur connaissance de la société actuelle, etc.

L'approche est de type « groupe structuré », comportant des périodes d'échanges, des mises en situation et des exercices d'auto-évaluation de connaissances et d'attitudes. Cette approche a été retenue parce qu'elle convient bien aux objectifs poursuivis par le projet :

Un groupe structuré est représenté par une situation délimitée d'apprentissage dans laquelle existent un but prédéterminé et un plan d'action destiné à rendre chaque membre capable d'atteindre ce but et de parvenir, avec un minimum de frustration, à un maximum de capacité de transposer la connaissance et l'expérience acquises dans un grand nombre de ses situations de vie (...) L'accent y est mis sur l'apprentissage et non sur le traitement<sup>8</sup>.

Six orientations ont servi à construire le projet : 1) miser sur l'expérience de vie et de parentage des familles d'accueil ; 2) composer avec les conflits intergénérationnels vécus par les parents (valeurs, style de vie des jeunes *vs* ceux des parents) ; 3) intégrer les données scientifiques les plus récentes en matière de MTS-SIDA, par exemple s'arrêter au fait que les anovulants représentent une barrière importante à l'utilisation du condom, mesure de protection essentielle contre les MTS-SIDA<sup>9</sup> ; 4) évoquer les risques d'infertilité associés à la chlamydia, en regard des projets de vie des jeunes (désir d'enfants) ; 5) s'assurer de la participation active de représentants du monde de la santé, du fait que les médecins et les infirmières sont reconnus par les jeunes comme les personnes les plus crédibles en matière d'enseignement sur les MTS-SIDA<sup>10</sup> - on a postulé qu'il en est de même pour les adultes - et 6) tenir compte des recommandations suivantes : accorder une attention particulière à la pédagogie et à la priorisation des MTS *versus* le SIDA. En effet, des chercheurs pensent « qu'il y a lieu de privilégier une action jeunesse, éducative, axée sur la relation amoureuse entre garçons et filles incluant l'enseignement de mesures de protection principalement contre les MTS et secondairement contre le SIDA »<sup>11</sup>. À noter que cette position est confirmée par les infirmières et travailleuses sociales du milieu scolaire, les jeunes indiquant de plus en plus qu'ils sont saturés d'information sur les MTS-SIDA alors qu'ils voudraient entendre parler des relations « gars-filles ».

Le groupe était animé par deux intervenantes : une travailleuse sociale et une infirmière. De plus, une personne-ressource (éducatrice ou infirmière) était présente à chacune des rencontres. Toutes les intervenantes possèdent de nombreuses années d'expérience avec les jeunes et/ou avec les parents d'accueil.

---

8. Papell, C. et B. Rothman, « Le modèle du courant central du service social des groupes en parallèle avec la psychothérapie et l'approche de groupe structuré », *Service social*, vol. 32. n<sup>os</sup> 1-2, pp.23-24.

9. Trottier, G. *et al.*, *op. cit.*, p. 43.

10. Trottier, G. *et al.*, *op. cit.*, p. 29.

11. Trottier, G. *et al.*, *op. cit.*, p. 73.

## **Le contenu du projet**

Le projet est composé de cinq rencontres hebdomadaires consécutives, d'une durée de trois heures chacune, avec un thème majeur pour chaque rencontre. Cette disposition a permis le traitement de sous-thèmes selon l'évolution du projet et les attentes des participants. Les rencontres sont centrées tant sur le savoir que sur le savoir-être et le savoir-faire. Les thèmes majeurs abordés sont les suivants :

- 1) On fait connaissance et on se rappelle ;
- 2) La vie amoureuse des jeunes ;
- 3) Les MTS-SIDA Phase 1 : les connaissances ;
- 4) Les MTS-SIDA Phase 2 : les moyens de prévention ;
- 5) La parole est à vous.

Les activités comprennent des exposés, des mises en situation, des discussions. Des questionnaires, des vidéos, des témoignages ont été utilisés comme moyens d'animation et d'enseignement. Des cahiers de documentation-information sont distribués. Les documents de référence suivants sont utilisés : le programme de formation personnelle et sociale pour le secondaire du ministère de l'Éducation (volet général et volet SIDA) ; le programme de formation des intervenants en regard du SIDA du Centre québécois de coordination sur le SIDA ; le programme « Voulez-vous réfléchir sur la sexualité » (CSS Saguenay-Lac-Saint-Jean-Chibougamau) un « carnet de bord » (session de perfectionnement des familles d'accueil, CSSQ), etc.

## **Les sites d'implantation**

Les régions de Québec, Portneuf et Charlevoix ont été choisies comme terrain d'expérimentation pour quatre raisons. Chaque région dispose d'un bassin suffisamment grand de familles d'accueil pour recruter un groupe optimal de parents (N=15). Elles ont des particularités locales suffisamment singulières pour supporter ultérieurement la comparaison entre elles. Chacune d'entre elles est représentative de l'ensemble des familles d'accueil des Centres jeunesse de Québec. Enfin, les distances à parcourir entre les régions sont raisonnables, compte tenu du budget et de l'échéancier qui sont limités.

## **Recrutement et sélection des parents participants**

Pour ce projet d'intervention, des parents volontaires, motivés et désireux de réaliser des apprentissages étaient recherchés. À cette fin,

le Service de ressources a été mis à contribution pour le recrutement. Dans un premier temps, les intervenants de ce Service contactaient les parents d'accueil répondant aux caractéristiques suivantes :

- 1) familles d'accueil actives (au moins une ou un adolescent de 12 ans et plus) ;
- 2) intérêt ou questionnement sur l'éducation sexuelle des adolescents et des adolescentes ;
- 3) capacité de critiquer ;
- 4) capacité d'aborder le vécu affectif et sexuel des jeunes ;
- 5) capacité de participation active en groupe.

L'application du premier critère était objective et décisive. Les quatre autres critères relevaient du jugement professionnel du praticien (technicien en assistance sociale, agent de relations humaines ou travailleur social). Dans un deuxième temps, les parents d'accueil, intéressés à participer à ce programme étaient référés à la travailleuse sociale instigatrice de ce projet. Celle-ci rappelait les parents et fournissait plus de détails sur le programme. Ce dernier entretien téléphonique confirmait l'engagement des parents d'accueil à venir à la première rencontre. À noter ici que les taux et la constance de la participation, présentés ultérieurement, montrent que cette façon de procéder pour le recrutement a été un bon choix.

Afin de faciliter le recrutement, les groupes se sont rencontrés dans chacune des régions. De plus, les intervenantes ont planifié les rencontres pour qu'elles ne coïncident pas avec les périodes estivale, du temps des Fêtes et hivernale, où selon leur expérience professionnelle, les gens sont moins disponibles à s'engager dans un groupe. En tout, 65 parents d'accueil représentant 48 familles d'accueil ont été invités par l'intervenante instigatrice du programme. De ce nombre, 41 parents d'accueil représentant 32 familles d'accueil sont présents à la première rencontre. Les principaux motifs invoqués par les parents pour adhérer au groupe ont été en priorité leur intérêt pour le sujet et leur disponibilité.

### **Principales caractéristiques des parents participants**

Les participants sont parents de divers types de familles d'accueil (familles régulière, de dépannage, de réadaptation et spécifique) des Centres jeunesse de Québec. Ils proviennent en majorité de familles d'accueil régulières (56 % - 19/33) (voir tableau 1).

TABLEAU 1  
*Types de familles d'accueil par région*

|              | Québec | Portneuf | Charlevoix | Total |
|--------------|--------|----------|------------|-------|
| Régulières   | 8      | 5        | 6          | 19    |
| Dépannage    | 5      | -        | 0          | 5     |
| Réadaptation | 1      | -        | 3          | 4     |
| Spécifiques  | 1      | 3        | 1          | 5     |
| Total        | 15*    | 8**      | 10***      | 33    |

\* Données manquantes pour une famille d'accueil.

\*\* Données manquantes pour trois familles d'accueil.

\*\*\* Données manquantes pour quatre familles d'accueil.

Les années d'expérience des parents participants sont diversifiées, mais le plus grand nombre d'entre eux, près de 38 % (14/37), ont entre 1 et 4 ans d'expérience et 30 % (11/37) ont plus de 10 ans d'expérience (voir tableau 2).

TABLEAU 2  
*Années d'expérience comme famille d'accueil*

| Années  | Québec | Portneuf | Charlevoix | Total |
|---------|--------|----------|------------|-------|
| 0-1     | 3      | 1        | 1          | 5     |
| 1-4     | 5      | 2        | 7          | 14    |
| 5-9     | 4      | 2        | 1          | 7     |
| 10-14   | 1      | 3        | -          | 4     |
| 15 et + | 0      | 3        | 4          | 7     |
| Total   | 13*    | 11       | 13**       | N=37  |

\* Données manquantes pour trois familles d'accueil.

\*\* Données manquantes pour une famille d'accueil.

Quarante p. cent (16/40) des parents concernés appartiennent à la catégorie des 40-49 ans, 30 % (12/40) à la catégorie des 50-59 ans et 22 % environ (9/40) à celle des 30-39 ans. Environ 8 % (3/40) sont âgés de 60 ans et plus. En somme, 70 % (31/40) des parents participants ont entre 40 et 60 ans d'âge (voir tableau 3).

TABLEAU 3  
 Âge des parents d'accueil (N=40)

|             | Québec | Portneuf | Charlevoix | Total |
|-------------|--------|----------|------------|-------|
| 30-39 ans   | 2      | 1        | 6          | 9     |
| 40-49 ans   | 6      | 3        | 7          | 16    |
| 50-59 ans   | 6      | 5        | 1          | 12    |
| 60 ans et + | 1      | 2        | -          | 3     |
| Total       | 15*    | 11       | 14         | 40    |

\* Données manquantes pour une famille d'accueil.

Les parents participants ont sous leur responsabilité 61 adolescents et adolescentes (41 filles et 20 garçons voir tableau 4). Le type de répartition rencontré ici (le double de filles par rapport aux garçons) reflète la tendance générale à placer les adolescentes en famille d'accueil et les adolescents en centre de réadaptation.

TABLEAU 4  
 Nombre et sexe des adolescents placés

|         | Québec | Portneuf | Charlevoix | Total |
|---------|--------|----------|------------|-------|
| Filles  | 30     | 6        | 5          | 41    |
| Garçons | 8      | 9        | 3          | 20    |
| Total   | 38     | 15       | 8          | 61    |

## ÉVALUATION DU PROGRAMME

L'évaluation externe du programme a été faite par un professeur-chercheur de l'Université Laval. Quatre indicateurs ont été retenus pour l'évaluation du projet, soit 1) le taux et la constance de la participation des parents participants; 2) le taux de satisfaction des parents participants sur certains points du programme; 3) l'accroissement des connaissances en matière de prévention des MTS et du SIDA et 4) l'adoption de stratégies de transmission des connaissances aux adolescents et aux adolescentes. Il s'agit d'indicateurs indirects de l'efficacité du programme.

## 1) Le taux et la constance de la participation des parents participants

Les coanimatrices prenaient les présences à chacune des rencontres pour que l'on puisse établir le taux et la constance de la participation des parents aux rencontres. Le taux et la constance de la participation sont élevés (voir tableau 5). En effet, les participants ont été très assidus aux rencontres fixées, surtout les femmes, et le taux d'attrition pour l'ensemble des trois régions concernées est très bas et ce, autant pour les hommes que pour les femmes pour l'ensemble des trois régions concernées. Le programme a rejoint deux fois plus de mères que de pères. Malgré des nombres réels un peu plus bas, c'est la région de Portneuf qui présente le taux de stabilité le plus élevé, tant chez les hommes que chez les femmes. La légère fluctuation d'une région à l'autre a souvent été expliquée par les parents par des facteurs climatiques saisonniers, fait intéressant à signaler ici pour le prendre en compte dans l'éventualité de la reprise du programme.

TABLEAU 5  
*Participation aux rencontres*

|                            | Québec      | Portneuf   | Charlevoix | Total        |
|----------------------------|-------------|------------|------------|--------------|
| 1 <sup>ère</sup> rencontre | 12 F<br>4 H | 7 F<br>4 H | 9 F<br>5 H | 28 F<br>13 H |
| 2 <sup>e</sup> rencontre   | 10 F<br>4 H | 7 F<br>4 H | 9 F<br>5 H | 26 F<br>13 H |
| 3 <sup>e</sup> rencontre   | 10 F<br>4 H | 7 F<br>4 H | 7 F<br>6 H | 24 F<br>14 H |
| 4 <sup>e</sup> rencontre   | 11 F<br>4 H | 7 F<br>3 H | 7 F<br>5 H | 25 F<br>12 H |
| 5 <sup>e</sup> rencontre   | 9 F<br>3 H  | 6 F<br>3 H | 6 F<br>3 H | 21 F<br>9 H  |

## 2) Le taux de satisfaction des parents participants

Le taux de satisfaction des parents participants a été obtenu par l'utilisation de trois méthodes d'évaluation différentes : une fiche d'appréciation de certains points du programme ; les données d'observation rapportées par les animatrices pour l'ensemble des rencontres

(sauf une) et les perceptions et commentaires des animatrices du programme un mois après la réalisation du programme.

Pour ce qui est de la fiche d'appréciation (18 items), chaque participant devait la compléter individuellement lors de la dernière rencontre. Cette fiche d'appréciation critériée était une adaptation de celle qu'utilise le service de formation-réseau du ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle évaluait les points suivants du programme : l'organisation générale du programme ; la clarté et l'atteinte des objectifs du programme ; le contenu du programme ; les apprentissages réalisés pour l'exercice de leur rôle de parents d'accueil et la formule d'animation par le groupe.

Les résultats obtenus par cette première évaluation sont congruents aux données d'observation rapportées par les animatrices. Ces données d'observation confirment d'une autre façon les résultats de la grille prévue à cette fin (nombre d'échanges entre participants, pertinence des commentaires exprimés, questions posées, suggestions faites, etc.).

Enfin, un mois après la réalisation du programme, l'évaluateur externe a réuni les animatrices du programme pour obtenir *ex post facto* leurs perceptions et commentaires sur trois aspects principaux : l'efficacité du programme, les efforts exigés pour la dispensation du programme et les résultats inattendus obtenus. Cet exercice ayant pour but d'évaluer autrement le programme réalisé a confirmé les résultats précédents obtenus par les autres procédés de mesure. Le rapport final d'évaluation en fournit le détail.

### **3) L'accroissement des connaissances en matière de prévention des MTS et du SIDA**

L'accroissement des connaissances en matière de prévention des MTS et du SIDA a été mesuré à l'aide d'un questionnaire (23 items) combinant les items de deux autres questionnaires mis en application aux hôpitaux Saint-Luc et Général de Montréal. Les intervenantes du programme ont voulu vérifier l'état des connaissances en matière de MTS-SIDA avant et après le programme. Quoique l'outil utilisé ne présente pas les qualités métrologiques idéales, les résultats obtenus fournissent néanmoins des indications sur l'évolution des connaissances des parents concernant les MTS, dont le VIH-sida, par le biais du programme dispensé. Pour la grande majorité des items du questionnaire, soit dans 16 cas sur 23, on observe une augmentation du taux de réussite au post-test. L'importance de l'amélioration du taux de réussite au post-test varie d'un item à l'autre : de un participant de

plus pour un item à 17 parents de plus pour un autre item. Une faible diminution du taux de réussite au post-test est constatée pour trois items : un participant de moins à réussir un item ; deux parents de moins pour un deuxième item et quatre participants de moins pour un dernier item. Le taux de réussite démontré demeure inchangé dans le cas de quatre items du questionnaire. Pour les futurs groupes de parents, le test de connaissances de Santé Québec (1992) sera utilisé<sup>12</sup>.

#### **4) L'adoption de stratégies de transmission des connaissances aux adolescentes et aux adolescents**

L'expérimentation de comportements adaptés et le développement d'attitudes favorables aux rôles d'éducation et de prévention s'avèrent plus difficiles à estimer en ce qui concerne l'ensemble des parents. En effet, les observations à ce sujet sont constituées de témoignages de parents, à la portée non généralisable par définition, mais présentant un intérêt certain au plan de l'intervention. On ne peut toutefois rien présumer au sujet des comportements et attitudes de parents qui ne se sont pas exprimés à ce sujet. De l'avis des animatrices, la possibilité offerte aux parents de valider leurs attitudes et comportements dans le cadre sécurisant d'un groupe de pairs a constitué sans aucun doute un élément clé de l'efficacité de la formule de programmation. Certains parents ont même démontré une ouverture particulière de diverses façons. À titre d'exemple, des parents ont décidé de faire d'abord l'essai du condom avant d'en parler à leur adolescent. En fin de session, une mère a exprimé à son adolescente qu'elle se sentirait désormais prête à accueillir un jeune atteint du sida.

En résumé, selon les sources de données disponibles analysées, il est permis d'affirmer que l'expérimentation du programme s'est avérée un succès. Dans la perspective de l'élargissement du programme toutefois, certaines caractéristiques de cette formule doivent être soulignées de façon particulière.

En premier lieu, les critères de recrutement et le mode de participation volontaire utilisés contribuent à constituer des groupes de parents particulièrement motivés ; le programme s'est avéré un succès dans ce contexte.

Deuxièmement, l'équipe d'animatrices recrutées pour élaborer et dispenser la programmation présente un profil particulier. La

---

12. Santé Québec (1992), « Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au VIH-sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans ».

conjoncture offre l'opportunité de mettre sur pied et d'expérimenter un programme d'intervention, ce qui est stimulant. Par ailleurs, leur champ d'expertise varié, leur expérience professionnelle diversifiée, de même que leur disponibilité ont été reconnus par les parents et sont indissociables de la satisfaction générale exprimée par les participants vis-à-vis du programme. La formule de coanimation s'avère un élément essentiel de la programmation.

Une relance auprès des parents est prévue à l'automne 1995 pour fins d'évaluation des effets à plus long terme du programme. Plusieurs parents ayant exprimé le souhait de poursuivre la formation au-delà des cinq rencontres, il importe d'autant plus que la relance poursuive à la fois un objectif d'intervention et d'évaluation.

Dans le présent programme, la pochette de documentation distribuée aux parents au début a été particulièrement appréciée et très largement utilisée auprès de leurs jeunes. En soi, c'est une retombée positive. Le guide destiné à l'animation du programme veillera à promouvoir de façon stimulante l'utilisation de la documentation fournie. Il semble que la satisfaction des parents à l'égard de l'ensemble du programme et vis-à-vis de l'équipe d'animatrices et de la formule d'animation en particulier stimule l'intérêt des participants face à la documentation fournie, lui confère une crédibilité certaine et favorise d'autant son utilisation. Éventuellement, l'élaboration d'un « cahier du participant » pourrait intégrer : la documentation de base déjà fournie en début de session, les ajouts de documents ayant été requis au fil de l'expérimentation du programme, ainsi que pour chaque rencontre, un texte correspondant aux exposés des animatrices relatifs au thème abordé.

## MISE EN GARDE

Tout comme le « sexe » des parents d'accueil et des jeunes en placement est pertinent et pourrait être considéré davantage, il y aurait lieu d'évaluer les avantages et les inconvénients respectifs d'une formule d'animation mixte et de la formule avec animateurs dans l'avenir.

L'élaboration d'un guide à l'intention de l'animateur ou de l'animatrice est aussi prévue à l'automne prochain. Un processus de consultation auprès des animatrices du présent programme s'avérera essentiel pour ce faire. Les suggestions des parents sont précieuses, notamment le souhait d'obtenir à chaque rencontre un document correspondant au contenu du programme présenté.

Finalement, le présent programme d'intervention n'a pu rejoindre des responsables de ressources d'autonomie, où vivent des jeunes âgés entre 16 et 18 ans. Dans une perspective de prévention des MTS-SIDA adaptée aux caractéristiques de cette population, il y aurait lieu éventuellement d'évaluer et d'expérimenter des modalités favorisant l'atteinte de ces jeunes.

## **OBSERVATIONS ET EFFETS INATTENDUS : RÉTROSPECTIVE**

Les observations que nous rapportons ici en conclusion ne sont pas généralisables, compte tenu du petit nombre de participants. Nous croyons toutefois qu'elles sont d'intérêt pour qui voudrait reprendre le programme ou établir des hypothèses de recherche.

### **1) L'aisance des parents d'accueil à parler de sexualité**

Les intervenantes et les concepteurs du projet avaient établi comme prémisse que la sexualité est un sujet difficile à aborder dans un groupe d'adultes. Même si les parents étaient volontaires pour participer au programme et connaissaient le plan du cours, on s'attendait à des résistances sur des points chauds : utilisation d'un instrument démonstrateur pour le port du condom, discussion de la vie sexuelle des jeunes, etc. Cette prémisse s'est avérée fautive. Qu'ils aient été du milieu urbain ou rural, dans la trentaine ou dans la cinquantaine, qu'ils soient d'accord ou non avec les valeurs des jeunes, les parents d'accueil ont démontré réceptivité, ouverture et aisance à parler de sexualité.

Les participants se sont révélés très désireux d'aider les jeunes et cette motivation a possiblement été un facteur facilitant. Le climat serein et chaleureux créé par les animatrices est probablement également un des facteurs explicatifs.

### **2) L'importance de l'échange entre parents d'accueil**

Être parent d'accueil représente une tâche difficile, bien que très souvent gratifiante, mais cette tâche est quand même différente de la responsabilité de ses propres enfants. Plusieurs participants ont souligné l'importance des échanges entre parents d'accueil, indépendamment du sujet abordé. En d'autres mots, ils ont un grand besoin de se parler entre eux, de comparer leur façon d'agir auprès des jeunes

qui leur sont confiés. Ainsi, une mère d'accueil a indiqué que pour elle l'intérêt du programme a été de vérifier qu'elle n'était pas « hors norme » dans sa manière d'être avec les adolescentes placées chez elle.

Ce besoin des parents d'accueil de se confronter avec d'autres qui vivent la même expérience qu'eux est, selon nous, une des explications du haut taux de satisfaction en regard du programme.

### **3) L'effet « rapprochement parents d'accueil et jeunes »**

La sexualité est un sujet intime et l'aborder avec un jeune en famille d'accueil demande doigté, empathie et présuppose une bonne communication déjà établie. Nous avons postulé qu'une telle communication positive existait entre les parents d'accueil et les jeunes. C'est pourquoi nous avons demandé aux participants, en cours de programme, d'aborder avec les jeunes le sujet des MTS et du SIDA au moyen de mots-mystères ou autres techniques. La tâche demandée s'est révélée initiatrice de communications parfois très intimes : deux jeunes ont abordé, pour la première fois avec le parent d'accueil, l'abus sexuel dont elles avaient été victimes. Une jeune a dit à sa mère d'accueil « qu'elle avait rajeuni » depuis qu'elle suivait la formation et un contact affectif s'est exprimé dès ce moment entre elles. La fille d'une mère d'accueil s'est étonnée joyeusement : « pas toi maman qui me parle de condom... ». La satisfaction évidente avec laquelle les parents d'accueil nous ont relaté le succès de la tâche demandée nous incite à croire que le programme a augmenté chez eux leur sentiment de compétence parentale. Les résultats de la tâche nous paraissent avoir agi en spirale : d'abord désir du parent d'aborder le sujet des MTS-SIDA avec le jeune, puis étonnement et réceptivité chez le jeune, communication ouverte, confidences, satisfaction chez le parent et renforcement de son sentiment de compétence.

Ce résultat de « rapprochement des jeunes et des parents d'accueil » n'était pas attendu et se révèle, selon nous, le facteur explicatif le plus important quant à la satisfaction.

### **4) L'intérêt des parents pour la documentation écrite ou « comment rendre attrayante une documentation qui autrement risque d'aller au panier »**

Les parents d'accueil se sont montrés enthousiastes par rapport à la documentation fournie : brochures, extraits de livres, bibliographies. Ils ont fait circuler les brochures du ministère de la Santé et des

Services sociaux auprès des jeunes, les ont déposées à la vue, les ont feuilletées avec les jeunes, etc. Une participante a indiqué qu'elle conservait les livres et revues qui entraient chez elle. Elle a reçu avec grand intérêt la documentation remise en cours de programme parce qu'elle était remise par des gens crédibles (les intervenantes). Cet aspect sécurisant est à souligner. Un participant, quant à lui, a indiqué qu'il n'aurait pas lu les brochures distribuées si elles lui avaient été adressées à domicile. Le groupe était d'accord pour dire que c'est à cause du programme et de son contexte que la documentation a « pris vie » et est devenue intéressante. Il y a là, nous semble-t-il, un message important pour les communicateurs.

## 5) Le transfert des connaissances

Le programme construit à partir de principes andragogiques et de données scientifiques rigoureuses sur les MTS-SIDA s'est révélé un bon médium de transfert des connaissances, et ce aux trois niveaux du savoir, du savoir-être et du savoir-faire.

Nous avons vérifié une fois de plus que pour qu'un transfert de connaissances soit efficace, il faut : 1) être capable de vulgariser les connaissances scientifiques ; 2) s'assurer que les connaissances sont transmises par des personnes crédibles ; 3) respecter les attentes et le rythme d'apprentissage des personnes ; 4) établir un climat d'échange multi-directionnel chaleureux et respectueux des personnes ; 5) assaisonner le tout d'un peu d'humour...

En guise de conclusion, le rappel de deux témoignages écrits qui résument le parcours de parents ayant vraisemblablement atteint les objectifs du programme :

« Je suis mieux informée, mieux équipée, plus ouverte. »

« J'espère pouvoir faire de la sensibilisation auprès de nos jeunes afin qu'ils comprennent toutes les beautés de l'amour, mais aussi toutes les précautions. »