

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION (M. A.)

PAR
CHRISTINE TREMBLAY
BACHELIÈRE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (B. Sc)

LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA CONTRACEPTION CHEZ
L'ADOLESCENTE ACTIVE SEXUELLEMENT

mai 2001



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

REMERCIEMENTS

Je désire avant tout exprimer toute ma reconnaissance à madame Martha Anadon ainsi qu'à monsieur Jean-Claude Vachon, professeurs et chercheurs au département des sciences de l'éducation et de psychologie de l'Université du Québec à Chicoutimi. Malgré un horaire de travail très chargé, leur support, encouragements et conseils éclairés ont été une grande source de motivation et d'assistance pour la réalisation de cette recherche.

Un autre grand merci tout spécialement aux jeunes filles qui m'ont accordé leur confiance et leur temps afin de me permettre d'explorer un domaine bien intime de leur histoire. Je souhaite avoir traduit l'esprit de leurs propos le plus fidèlement possible.

Je tiens finalement à témoigner ma gratitude aux membres de ma famille pour l'appui inconditionnel manifesté tout au long de cette belle aventure. Merci à mes deux enfants, source initiale de l'intérêt et de l'émerveillement manifestés pour cette étape riche et si complexe que représente l'adolescence; ainsi qu'à mon compagnon de vie, pour sa compréhension et son soutien affectueux.

RÉSUMÉ

La grossesse à l'adolescence représente une problématique sociale de première importance en raison de ses lourdes répercussions sur l'individu, sa famille et l'ensemble de la communauté. La hausse graduelle des grossesses parmi les très jeunes québécoises confirme en soi l'échec de l'éducation sexuelle qui ne réussit pas à les préparer à un comportement contraceptif efficace. Généralement servie selon par le biais d'une pédagogie passive et transmissive, les messages demeurent insuffisamment signifiants et adaptés aux besoins et à la réalité des jeunes. Afin de mieux comprendre cette spécificité, de mieux saisir le sens et les croyances appuyant les choix et les comportements des adolescentes actives sexuellement afin de se protéger d'une grossesse, cette recherche examine leurs représentations sociales vis-à-vis de la contraception. Selon une approche essentiellement interprétative, douze jeunes filles livrent leurs histoires et leurs vécus pour contrôler la fertilité. L'analyse du discours montre un réel déficit en connaissances de base de même que la présence de nombreuses croyances erronées qui servent de bases à la prise de décision. L'utilisation adéquate de la contraception et sa prise en charge se révèlent très complexes puisqu'influencées par l'immaturation de la pensée ainsi que par des attitudes et des valeurs sociales déterminantes au niveau du comportement sexuel. Des pistes d'interventions sont suggérées dont une amorce précoce et soutenue de l'éducation sexuelle, une approche éducative élaborée en collaboration avec les adolescents en visant une co-construction des savoirs, et ce, en tenant compte de leurs représentations sociales.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	viii
INTRODUCTION	01
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE LA GROSSESSE À	
L'ADOLESCENCE.....	04
1.1 SITUATION GÉNÉRALE.....	05
1.2 LA RIPOSTE DE L'ÉDUCATION.....	11
1.3 VERS UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DU	
PHÉNOMÈNE	15
1.4 OBJECTIFS ET RÉSULTATS ATTENDUS	19
CHAPITRE II : ASSISES CONCEPTUELLES	21
2.1 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES	23
2.1.1 Fondements épistémologiques	24
2.1.2 Nature des représentations sociales	25

2.1.3	Fonctions des représentations sociales	27
2.1.3.1	Une fonction de savoir	28
2.1.3.2	Une fonction identitaire	28
2.1.3.3	Une fonction d'orientation.....	29
2.1.3.4	Une fonction justificative	31
2.2	CONSTITUTION DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES	31
2.2.1	La représentation comme processus	32
2.2.1.1	L'objectivation.....	33
2.2.1.2	L'ancrage.....	34
2.2.2	La représentation comme produit	34
2.3	MODÈLE FIGURATIF DE LA REPRÉSENTATION SOCIALE.....	38
2.4	L'ADOLESCENCE	40
2.5	LA CONTRACEPTION.....	46
2.5.1	Le comportement contraceptif : état de la recherche.....	53
CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE.....		63
3.1	UNE RECHERCHE EXPLORATOIRE QUALITATIVE	65
3.1.1	La saisie des représentations sociales	66
3.1.2	Une approche combinée :l'entrevue semi-dirigée et la narration	68
3.1.3	L'organisation technique et thématique.....	70
3.2	DETERMINATION DE L'ÉCHANTILLON	71
3.2.1	Les acteurs engagés.....	71

3.2.2	Le choix d'adolescentes ayant été confrontées à une grossesse	73
3.3	LE CONTRAT DE COMMUNICATION.....	76
3.4	DÉTERMINATION FINALE DE L 'ÉCHANTILLON.....	77
CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....		81
4.1	L'INFORMATION	83
4.1.1	Sources de l'information.....	84
4.1.1.1	L'information à l'école	85
4.1.1.2	L'information à la maison.....	87
4.1.1.3	L'information par les pairs	89
4.1.1.4	Les autres sources d'information.....	90
4.1.2	La nature des connaissances	91
4.1.3	Connaissances de la contraception orale	94
4.2	REGARD SUR LES VALEURS, ATTENTES ET ATTITUDES.....	98
4.2.1	Le coïtarche	99
4.2.2	Les types de relation.....	101
4.2.3	La relation sans lendemain et la prévention.....	103
4.2.4	L'utilisation du condom.....	105
4.2.5	L'utilisation de la contraception orale	109
4.2.6	La perception du risque de grossesse.....	110
4.3	LES EFFETS D'UNE GROSSESSE IMPRÉVUE SUR LA REPRÉSENTATION DE LA CONTRACEPTION	110

4.4	ASSISES DU SUCCÈS CONTRACEPTIF	112
CHAPITRE V : DISCUSSION DES RÉSULTATS ET CONCLUSION.....		114
5.1	REPRÉSENTATION DE LA CONTRACEPTION.....	115
5.2	LE CONTEXTE AMOUREUX	120
5.3	L'OBSTACLE DE L'IMMATURITÉ DE LA PENSÉE	122
5.4	PISTES D'INTERVENTIONS EN ÉDUCATION	125
5.5	LIMITES ET NOUVELLES PISTES DE RECHERCHE	131
5.6	CONCLUSION	133
RÉFÉRENCES		136
ANNEXE I		150
ANNEXE II		155

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

	Page
Figure 2.1 : Modèle figuratif de la représentation sociale.....	39
Tableau de menus de choix contraceptifs.....	47
Vue d'ensemble des répondantes	80

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, alarmés par les statistiques décrivant un niveau croissant de grossesses juvéniles, les parents, les intervenants et l'ensemble de la population s'interrogent et s'inquiètent. Avec le développement de nouveaux moyens contraceptifs plus efficaces et l'augmentation de leur accessibilité, pourquoi les jeunes ne les utilisent-ils pas avec plus de succès ? Quels sont les obstacles à leur emploi ?

L'information sur la contraception et l'éducation sexuelle est également critiquée et scrutée à la loupe. La santé des jeunes est d'autant plus menacée que l'impact des interventions préventives et éducatives demeure faible et limité. L'approche pédagogique utilisée, principalement basée sur l'aspect cognitif et la diffusion de connaissances, semble rebuter la jeunesse. En fait, ce type d'approche demeure limité puisqu'il laisse de côté les réalités sociales, culturelles et historiques qui influencent le comportement et exclue la prise en compte de la complexité des situations et des critères décisionnels.

En regard de cette interprétation, une solution logique consiste à s'introduire au centre de ce qui facilite ou limite l'usage ou le non-usage de la contraception. En d'autres mots, il s'agit d'essayer de comprendre la façon dont les adolescentes conçoivent et construisent la notion de contraception en examinant leurs croyances, attitudes, valeurs et connaissances sur le sujet.

Ce savoir pratique correspond aux « représentations sociales », un concept issu de la théorie de Serge Moscovici (1994, 1969, 1961) visant le repérage de la vision du

monde que les individus et les groupes portent en eux et utilisent pour prendre position et agir. La connaissance des représentations sociales de la contraception chez les adolescentes actives sexuellement apparaît utile pour mieux comprendre le sens qu'elles donnent au besoin de se protéger d'une grossesse mais également pour établir les bases solides pour l'élaboration de contenus éducatifs plus significatifs.

Le contenu de ce mémoire comporte cinq chapitres. Le premier décrit la problématique de la grossesse juvénile, l'examen des efforts investis dans le domaine de l'éducation à la sexualité et le besoin de chercher à saisir le sens que les adolescentes donnent à cet aspect complexe et intime de leur sexualité qu'est la contraception. Cette première section se termine sur la description des objectifs de la recherche et des résultats attendus.

Le deuxième chapitre présente les assises conceptuelles de l'étude c'est-à-dire les fondements épistémologiques et la nature des représentations sociales, leurs fonctions et la manière dont elles se constituent. Une description des caractéristiques spécifiques de l'adolescence ainsi qu'une recension des écrits portant sur le comportement contraceptif sont également proposés afin de dresser l'état du savoir sur la question et de mieux saisir où s'inscrit la contraception dans le vécu des jeunes. Le troisième chapitre expose la méthodologie employée et le choix des acteurs engagés dans le cadre de l'étude. Le quatrième chapitre contient les résultats obtenus de même que leur analyse et, finalement, le dernier chapitre apporte la discussion de ces résultats et propose quelques pistes d'interventions éducatives avant de conclure.

CHAPITRE PREMIER

PROBLÉMATIQUE DE LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE

1.1 SITUATION GÉNÉRALE

La sexualité adolescente représente une réalité qui fait couler beaucoup d'encre et qui engendre intérêt et inquiétude. Depuis les dernières décennies, le décalage entre le début de la puberté et l'atteinte de la maturité psychosociale n'a cessé de croître si bien que les filles dont la ménarche¹ débute à 12 ans n'atteignent maintenant l'âge adulte que vers 20-22 ans. Cette maturité biologique précoce affecte à son tour l'âge de l'initiation sexuelle qui survient elle aussi de plus en plus tôt, en moyenne à 14.5 ans, et de façon non planifiée (Association Canadienne pour la Santé des Adolescents, 1995 ; Forget, Bilodeau, & Tétreault, 1992). Une récente étude effectuée auprès de 1,528 étudiants du secondaire dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean (Veillette, Perron, Gaudreault, & Richard, 1997) confirme qu'un jeune sur cinq a déjà eu des relations sexuelles complètes à l'âge de 14 ans. Dans le groupe des 15-17 ans, la proportion s'élèverait à 44.9% selon les données du Centre de recherche de l'Université de Montréal sur un échantillon de 3,205 jeunes (La Presse, 15 octobre 1994).

Si la croissance du corps et la nubilité² se produisent aujourd'hui plus hâtivement, le développement psychologique demeure quant à lui en relation directe avec l'âge chronologique. Plus jeunes, les adolescents se trouvent donc moins bien équipés cognitivement, émotionnellement et socialement pour contrôler le défi de

¹ Apparition des premières menstruations.

minimiser les risques inhérents à la sexualité (Nakkab, 1997; Peterson, 1995 ; Turcotte, 1994 ; Peterson, Leffert & Graham, 1995). Conséquemment, relations sexuelles et contraception ne vont pas toujours de pair, en fait, rares sont celles qui utiliseraient un contraceptif fiable avant de s'engager dans ces rapports (Haspels, 1994).

Suite logique de ces conditions, plus d'un million d'adolescentes deviennent enceintes aux États-Unis chaque année et 60 à 85% de ces grossesses ne sont pas désirées (Speier, Mélése-D'Hospital, Tschann, Moore, & Adler, 1997 ; Comittee of Unintented Pregnancy, 1995). L'institut Alan Guttmacher estime par ailleurs que 44% des femmes de vingt ans ont été enceintes au moins une fois (Young Pistella & Bonati,1998). Plus près de nous au Québec, 19 724 jeunes filles entre 15 et 19 ans ont mis un enfant au monde en 1997, et un nombre encore plus élevé, soit 21 233, ont subi un avortement (Dryburg, 2000). Le phénomène le plus inquiétant se traduit cependant par une hausse graduelle des grossesses chez les très jeunes adolescentes : une sur 1 000 devient enceinte à l'âge de 15 ans (Rochon, 1997). À cette étape de vie, les éventuelles conséquences demeurent très préoccupantes. L'événement contraint en effet la jeune fille à une première décision majeure dont les répercussions physiques et psychosociales peuvent influencer tout son cheminement futur. Il semble que la décision de poursuivre la grossesse se produirait plus fréquemment chez celles dont la ménarche et le coïtarche surviennent plus précocement et dont la fréquence des rapports sexuels est plus élevée (Côté, 1995).

²

État caractérisant une fille ayant atteint l'âge de la puberté.

Grossesses et maternités précoces comportent cependant des enjeux différents de ceux rencontrés chez la femme adulte. Ce n'est pas tant le facteur de l'âge qui est en cause, mais plutôt les autres facteurs associés tels l'état nutritionnel, l'abus de substances nocives, les maladies transmises sexuellement, le statut socioéconomique et le niveau de scolarité (Ready, 1991 ; Rosenzweig *et al.* ; Winkuist Nord *et al.* ; Dull et Blythe, 1998 ; cités par Cardinal-Remete, 1999). À ce titre, le taux de mortalité maternelle 60% plus élevé chez les moins de 14 ans témoigne d'une réelle *potentialisation* du risque de problèmes médicaux parmi cette clientèle. L'incidence de toxémie et d'hémorragie chez les 15-19 ans (Bouchard, 1993) atteint ainsi des niveaux supérieurs à la normale (13%) et les adolescentes enceintes courent un risque plus élevé de souffrir d'anémie, d'hypertension, de névropathies, d'éclampsie et de troubles dépressifs (Combes-Orme, 1993 ; Turner, Grindstaff & Phillips, 1990 ; cités par Dryburgh, 2000). Quant aux enfants, ils ne sont guère épargnés avec une fréquence accrue de mort fœtale et périnatale, d'insuffisance de poids (Alexander & Guyer, 1993, cités par Young Pistella & Bonati, 1998), de prématurité, de complications médicales de même qu'un taux de malformations congénitales redoublé (Millar, Strachan & Wadhera, 1993).

Mais si l'immaturité physique explique en partie l'accroissement des risques à la santé, les conditions de vie qui caractérisent l'adolescence pèsent encore plus lourdement sur la balance. La plupart de celles qui décident de poursuivre leur grossesse proviennent de milieux défavorisés et la grossesse vient prolonger le cycle de pauvreté puisque les deux tiers d'entre elles vivront d'aide sociale ou demeureront assujetties à

des emplois peu valorisés et peu rémunérés (Boyer et Martin, 1995). Forget, Bilodeau et Tétreault (1992) estiment qu'annuellement 1 000 jeunes québécoises abandonnent l'école pour avoir leur enfant. En raison de cette faible scolarité, ces dernières enregistrent ainsi un déficit immédiat et à long terme, à la fois au niveau socio-économique et au niveau santé (Brooks-Gunn et Chase Landsdale, 1995 cités par Donaldson Connelly, 1998 ; Crump, Haynie, Adair, Woodard & Simons-Norton, 1999).

Du point de vue psychologique, l'écart qui existe entre l'image idéalisée de la maternité construite par les jeunes filles et la réalité à laquelle elles sont rapidement confrontées engendre inévitablement d'énormes difficultés d'adaptation. La documentation abonde d'études dénonçant les problèmes d'isolement, d'habitudes de vie déficientes, de stress et de dépressions (Loignon, 1996) ainsi que de négligence et de problèmes socio-affectifs chez les enfants (Cardinal-Remete, 1999 ; Mayer-Renaud, 1993). En réalité, c'est tout l'ensemble de la société qui supporte ce fardeau dans la mesure où il en coûterait annuellement entre 6 à 7 millions de dollars pour fournir des services sociaux aux jeunes mères (Bouchard, 1989), des coûts qui s'échelonnent souvent sur plusieurs générations. Sans contredit, les conséquences d'une grossesse à ce jeune âge touchent aussi lourdement l'individu et sa famille que la communauté (Stewart, 1995).

Une seconde possibilité pour l'adolescente consiste à confier l'enfant aux services d'adoption mais il s'agit toutefois d'une possibilité de dernier recours dans notre société qui ne valorise que très peu cette solution. Les statistiques demeurent

incomplètes au Québec mais moins de 5% des jeunes filles choisissent d'entreprendre cette démarche aux implications émotives généralement déchirantes (Charbonneau, Forget, Frappier, Gaudreault, Guilbert & Marquis, 1989 ; Cardinal-Remete, 1999). Comme alternative à la maternité, 54% des adolescentes québécoises devenues enceintes entre 15 et 17 ans feront plutôt le choix d'interrompre leur grossesse par l'avortement (Dryburgh, 2000). Les complications physiques de l'avortement au premier trimestre de la grossesse sont minimales (0,5 à 1%) et généralement traitées avec succès (Genest, 1992). En fait, la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente entre 15 et 18 ans demeurent 20 fois plus mortelles que l'avortement (O'Keefe & Jones, 1991 cités par Adler, Smith & Tschann, 1998). Celles qui optent pour ce choix proviennent généralement d'un milieu socio-économique plus élevé, ont une vision plus réaliste de la grossesse et se révèlent plus autonomes et indépendantes (Côté, 1995). D'un autre côté, l'interruption de grossesse représente une solution plus positive que la maternité précoce pour ce qui est du risque d'effritement des perspectives d'avenir aux plans scolaires et professionnels de même que sur les plans sociaux et émotionnels (Le conseil du statut de la femme, 1992 ; Guilbert, 1985 ; Turcotte, 1994).

Du point de vue psychoaffectif, Fisher, Castle & Garrity (1998) ainsi qu'Adler, Smith & Tschann (1998) réfèrent au comité d'experts de l'*American Psychological Association* (APA) qui statue que pour la majorité des femmes, l'avortement pratiqué au cours du premier trimestre d'une grossesse imprévue ne comporte pas de risques psychologiques. Selon l'état psychique antérieur et la signification personnelle attribuée à l'événement cependant, 10 à 20% des femmes vivraient des sentiments négatifs et

intenses tels l'anxiété, l'angoisse, la culpabilité, la honte de même que différents deuils (Handy, 1982 ; Speckhard et Rue, 1992 ; Zolise et Blacker, 1992 cités par Gagné, 1998 ; Saint-Arnaud, 1996 ; Melançon, 1996; Cardinal Remete, 1999). De plus, la difficulté caractéristique de l'adolescente à discerner l'implication future d'une action présente et l'intensité qui caractérise cette phase de développement risquent d'amplifier l'impact émotionnel pouvant être relié à un tel choix.

Tout compte fait, il n'existe pas de solutions idéales pour l'adolescente enceinte. Les grossesses imprévues qui surviennent chez ces mères qui sont encore des enfants, qui sont en général trop pauvres et trop seules, représentent une problématique sociale de première importance dont le dilemme final se réduit trop souvent à ces deux seules alternatives : l'avortement ou la famille monoparentale condamnée à l'isolement et à la pauvreté.

1.2 LA RIPOSTE DE L'ÉDUCATION

Afin de contrer cette problématique, l'éducation de nos jeunes paraissait une riposte des plus prometteuses, en partie parce qu'il a été longtemps assumé par la recherche que l'absence ou l'insuffisance de comportements préventifs étaient reliées au manque de connaissances et au manque d'accessibilité des contraceptifs (Speier, Mélése-D'Hospital, Tschann, Moore, & Adler, 1997). À cette fin et dès le début des années 1970, le ministère québécois des Affaires sociales remettait en cause la « médiocrité » de l'éducation sexuelle donnée dans les écoles et instituait les premières versions des programmes d'éducation à la sexualité (Gaudreau, 1988). Éducateurs, travailleurs sociaux et professionnels de la santé se virent alors attribuer la tâche difficile et parfois ingrate d'informer les jeunes sur les changements de leur corps, la reproduction et, parallèlement, la prévention des grossesses et maladies transmises sexuellement (MTS).

Cet accent sur l'information ne ciblait pas que l'école. Simultanément à l'amélioration de l'accessibilité des méthodes contraceptives, les décideurs utilisèrent les médias et divers modes de communication pour diriger vers les jeunes des messages et des actions éducatives visant à leur faire adopter des comportements de protection. La quantité d'information qui circule tant sur la contraception que les MTS sur Internet, à la télévision, dans les journaux, magazines et dépliants a d'ailleurs de quoi surprendre. Nos jeunes demeurent d'ailleurs très « branchés » sur ces sources modernes de

renseignements puisqu'ils regardent la télévision en moyenne 24 heures par semaine et écoutent la radio pendant 18 heures ½ (Gouvernement du Québec, 1996).

En dépit du fait que toutes les images et les paroles véhiculées auraient un impact sur les attitudes et les comportements des adolescents (Charbonneau, Forget, Frappier, Gaudreault, Gilbert & Marquis, 1989), les objectifs des médias ne sont pas toujours louables et logiques. Le discours sexuel offre fréquemment des contenus empreints de fantaisie et de pornographie où sexualité et érotisme se côtoient de façon très idéalisée, présentés sous un jour désincarné mais surtout, avec absence de toute conséquence.

Dans les médias, une bonne relation sexuelle est définie par sa spontanéité : être entraîné par la passion du moment à atteindre le « 7e ciel ». Il est rare que nous apercevions quelqu'un planifier d'avance ; aucune discussion sur la pilule, aucun détour à la pharmacie pour se procurer des condoms (Cherniak, 1995 : 4).

Les jeunes sont littéralement bombardés d'images de séduction et de sexualité. Au moins le tiers de toute la publicité commerciale diffusée s'exprime en terme de *beauté* et le nombre de produits utilisant d'attrayantes jeunes filles avec une connotation sexuelle n'a cessé de croître depuis la dernière décennie (Brooks-Gunn et Paikoff, 1993). En fait, on leur fournit bien des manières d'être *sexy* mais pas d'être responsables sexuellement.

Par ailleurs, même si plusieurs programmes ont été expérimentés dans le but de retarder la relation sexuelle ou de faciliter la contraception, aucun résultat significatif n'a pu être démontré vis-à-vis de leur impact pour changer le comportement (Kirby *et al*,

1994 ; Franklin, 1997 ; cités par Crump, Haynie, Aarons, Adair, Woodward, & Simons-Morton, 1999). Nos jeunes demeurent le *groupe-cible* privilégié des programmes d'éducation sexuelle de masse (Morazain, 1991 cité par Bouchard, 1993). Toutefois, selon Hirshfeld & Leventhal (1973), l'inconvénient majeur des campagnes de sensibilisation et d'éducation populaire réside dans le fait que la persuasion à court terme ne s'effectuerait que chez un faible pourcentage des individus. Les études de Sherr (1987) de même que d'Orton et Samuels (1988) que citent Abraham et Sheeran (1994) indiquent ainsi que l'investissement massif des médias et des programmes scolaires sur la prévention du VIH n'a pas changé les comportements. La transmission d'une information juste est une condition nécessaire, mais non suffisante, pour favoriser la modification des conduites (Allard 1989 ; Boivin *et al.*, 1995 ; cités par Beaulieu, Godin, Valois et Martin, 2000).

Les jeunes peuvent ignorer tout à fait les risques présentés par les messages de type préventif puisqu'ils conservent l'impression que celles-ci ne s'appliquent pas à eux. Cette illusion d'invulnérabilité est par ailleurs bien documentée vis-à-vis des perceptions du risque de grossesse par les adolescentes. Morin (1994) cite également Echebarria & Paes (1989) et Paes, San Juan, Romo, & Vergara (1991) pour démontrer que la perception et la mémoire des campagnes d'information demeurent socialement sélectives c'est-à-dire intégrées en compatibilité avec des représentations sociales qui leur préexistent. L'auteure s'appuie également sur la diffusion des résultats de l'enquête dite KABP (Knowledge, attitude, belief and practice), réclamée par l'Organisation Mondiale sur la Santé (OMS), qui montrent que de nombreuses croyances *erronées*

persistent en contiguïté avec des connaissances *justes* après la transmission d'informations préventives.

D'autres recherches ont également mesuré l'impact des connaissances et établi l'absence de relation significative entre le niveau de connaissance et l'adoption de comportements sexuels sécuritaires (Le May, 1993, MacDonald et Smith, 1990 ; Maticka-Tyndale *et al*, 1994 ; Catania, Kegeles et Coates, 1990 ; Beaman & Stradler, 1989). En dernière analyse, et ce même si Buissonnet-Verger (1991) montre la présence de liens plus ou moins précis entre l'éducation en matière de contraception et la prise de décision, malgré des années d'intervention, d'évaluation et de bonification, nos programmes d'éducation sexuelle obtiennent des résultats mitigés et insatisfaisants.

L'éducation sexuelle, parentale, scolaire ou autre ne prépare pas réellement les jeunes à une responsabilité partagée face à la sexualité et à la fécondité (Bouchard, 1993). Déjà en 1988, la Presse titrait que les adolescents en avaient assez des informations sur l'anatomie et le côté technique de l'éducation sexuelle. Principalement à caractère cognitif, ce type d'information mène rapidement à la saturation et les jeunes y deviennent réfractaires. Ces « leçons de biologie » demeurent généralement axées vers une description mécanique de la fertilité et des moyens contraceptifs, servies par le biais d'une pédagogie passive et transmissive, très centrée sur l'expert et son savoir, et correspondant peu à la réalité adolescente. L'ensemble de ces connaissances imposées, prescriptives et nominatives appellent présentement un constat d'échec.

Around 80% of American high school students have taken a sex education course and have received AIDS education in school (Dawson, 1990). Such programs often increase knowledge regarding reproduction and pregnancy risk, but do not necessarily influence behavior (Brooks-Gunn et Paikoff, 1993, p. 199).

Dans les situations qui dépassent la simple transmission de connaissance, les façons d'intervenir apparaissent inadéquates. Lalande (1994) reproche à ces méthodes la facilité avec laquelle l'individu peut se soustraire au message éducatif, la passivité de l'approche pédagogique et l'impossibilité pour l'individu d'interagir avec l'éducateur. Comme Glaserfeld (1994) le signale, les connaissances ne sont ni transmissibles, ni neutres mais plutôt construites, négociées et habitées par un projet. Sans nul doute que l'éducation sexuelle n'est pas suffisamment signifiante, adaptée et égalitaire pour inciter les jeunes à s'approprier réellement une démarche contraceptive qui soit la leur (Bouchard, 1993).

1.3 VERS UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DU PHÉNOMÈNE

Pour Nakkab (1997), la morbidité qui est associée depuis ces dernières années à la grossesse chez les adolescentes indique clairement un besoin de mieux connaître et de mieux comprendre les comportements sexuels de celles-ci. Toutefois, si nombreux soient ceux qui admettent qu'examiner les facteurs psychologiques et sociaux représente une avenue, ce type d'étude demeure généralement beaucoup plus long et difficile à évaluer. Pour cette raison, il existe actuellement peu de recherches ayant examiné la grossesse adolescente dans le contexte de la compréhension des normes, croyances et

valeurs qui sont propres à ce sous-groupe dans la problématique de l'utilisation de la contraception. Selon Brooks-Gunn et Paikoff (1993) et Brooks-Gunn et Furstenberg (1990), nous connaissons encore peu de chose sur les perceptions, les relations sociales et les premières expériences sexuelles des adolescents, en partie parce que la sociologie médicale s'est enlisée dans la tentative d'expliquer le comportement lié à la connaissance en santé préventive en négligeant ainsi le contexte et la signification réelle du comportement :

We do not know how youth feel about their first experiences, with whom they share and from whom they withhold information, or how they decide to have sex the first time (although most recall not having planned for it). Information on the conversations between boys and girls that lead to intercourse or negotiation regarding the use of contraception is non-existent. (p. 183)

Dans son œuvre traitant des adolescentes contemporaines, la psychiatre Mary Bray Pipher (1994) soutient qu'intervenir auprès des filles des années 1990 exige de comprendre un nouveau monde : « Il faut laisser derrière nous notre propre expérience d'adolescent et nos perceptions pour les envisager avec un œil nouveau. Nous devons apprendre d'eux avant de pouvoir les aider » (notre traduction). De plus en 1995, l'Association Canadienne pour la santé des adolescents réclamait une étude qui discuterait de la perception des adolescentes à propos de la contraception orale tandis que le Conseil du statut de la femme (DiDomenico, 1996) préconisait un type d'intervention orienté par les besoins, valeurs et perceptions qui sont propres aux jeunes.

De nombreux professionnels concernés par l'éducation et le support des jeunes tels les infirmières, travailleurs sociaux, enseignants, psychologues, sexologues et médecins se butent à de nombreuses limites de stratégie et de motivation pour approfondir et consolider cet apprentissage qui consiste à se protéger en situation de relation sexuelle. Dupont (1997) s'appuie sur les écrits de McQueen (1989) et Hennessy (1994) pour insister sur l'importance de mieux comprendre la sexualité adolescente puisque la présente « décontextualisation » inhibe la contraception et l'anaphylaxie. Werner et Middlestadt soulignaient déjà en 1979 que les programmes de planification familiale étaient gênés par ce manque de compréhension précise relié aux facteurs associés à l'adoption de méthodes contraceptives. Une compréhension profonde des facteurs individuels psychologiques de l'adolescence représente la clé pour évaluer quels individus sont à risque pour une grossesse précoce (Speier, Mélése-D'Hospital, Tschann, Moore, & Adler, 1997).

En ce sens, l'information présentement transmise exclut de son champ la prise en compte de la complexité des situations et des critères décisionnels qui interviennent dans la variabilité dynamique des échanges sexuels (Morin, 1994). L'absence de contraception ou l'inefficacité des comportements contraceptifs associés à la majorité des grossesses demeurent tributaires d'une multitude de facteurs d'ordre individuel et environnemental dont il faut maintenant tenir compte si nous désirons bâtir une intervention éducative efficace (Forget, Bilodeau, & Tétreault, 1992).

En définitive, pour comprendre le comportement contraceptif des adolescentes, il apparaît essentiel d'accéder à l'ensemble de leurs représentations sociales soit les croyances, connaissances, attitudes et valeurs qu'elles élaborent vis-à-vis de la contraception. Ainsi, afin d'élaborer des contenus éducatifs, préventifs et significatifs, il importe maintenant d'approfondir le vécu spécifique de cette clientèle et de chercher à saisir le sens qu'elles donnent à l'aspect complexe de leur vie que représentent la sexualité et la contraception.

Selon cette perspective, l'approche globale et situationnelle proposée par la théorie des représentations sociales et développée par Moscovici (1961, 1976, 1981, 1988, cité par Morin, 1994) constitue une voie de recherche intéressante. En effet, les représentations sociales (RS) regroupent les différentes visions ou manières de penser que l'on retrouve sur le plan des croyances, valeurs, préjugés, attitudes, opinions et stéréotypes divers. En d'autres mots, face à la menace d'une grossesse, les adolescentes réalisent et continuent de développer des processus de pensée et de construction collective combinant des croyances, valeurs, attitudes et informations qui représentent un savoir pratique partagé par le groupe de pairs. Morin (1994), qui a examiné les représentations sociales des adolescents vis-à-vis de la prévention du VIH/SIDA, affirme qu'une telle approche peut aider à redéfinir les difficultés de stratégie de correction de ce qui est encore souvent appelé « fausses croyances » dans l'énoncé des objectifs d'information préventive. Accéder à cette compréhension profonde nous permettra ainsi à posteriori de redéfinir le travail préventif auprès des adolescents. De plus, l'intérêt de la compréhension des représentations sociales en éducation réside dans ce que cette

perspective offre « une voie nouvelle d'explication de mécanismes par lesquels des facteurs proprement sociaux agissent sur le processus éducatif et en influencent les résultats » (Gilly, 1989, p.364).

Dans la trace des hypothèses avancées par Moscovici, la présente recherche se propose donc d'envisager la contraception, l'initiation de la sexualité et les défis qu'elles soulèvent comme une expérience que chaque adolescente construit à partir des interactions qu'elle entretient avec son groupe de pairs et avec la société globale. Par le biais de cette recherche, nous souhaitons contribuer à la compréhension du phénomène en explorant le rôle et la nature des représentations sociales de la contraception qui sont élaborées par les adolescentes ainsi que les interactions ou événements significatifs qui peuvent exercer une influence sur leur trajectoire de vie. L'intention ultime est de connaître les représentations sur lesquelles se fonde le comportement de ces jeunes filles, de comprendre le phénomène socioculturel de la grossesse adolescente du point de vue même de ces acteurs sociaux.

1.4 OBJECTIFS ET RÉSULTATS ATTENDUS

Les objectifs spécifiques qui orientent cette étude sont :

- Identifier les représentations sociales des adolescentes actives sexuellement vis-à-vis de la contraception ;

- Analyser comment ces représentations sociales orientent le comportement sexuel.

L'étude permettra de mieux comprendre les pratiques adolescentes en matière de contraception mais surtout la signification qu'elles attribuent à ce concept. Accéder à la « connaissance personnelle » des adolescentes vis-à-vis de la contraception et comprendre plus profondément le sens et les croyances qui sous-entendent leurs choix et leurs comportements représentent des prémisses incontournables pour bâtir une promotion de la santé appropriée et des mesures efficaces. Les retombées escomptées aideront par conséquent à identifier les pistes et les modalités d'interventions d'un programme d'éducation à la santé visant à contrer la grossesse à l'adolescence ainsi qu'à assister les différents professionnels associés aux jeunes dans leurs efforts pour définir plus judicieusement leurs messages éducatifs auprès de cette clientèle.

CHAPITRE II

ASSISES CONCEPTUELLES

Tel que montré à l'intérieur de la problématique, l'utilisation de pratiques sexuelles sécuritaires demeure extrêmement complexe et l'action contraceptive n'est donc pas réductible à de simples déterminants mécanistes détachés de tout contexte. De plus, les adolescents constituent un sous-groupe social distinct possédant un système spécifique de croyances comportant leurs propres prescriptions, inhibitions, tolérances et préjugés. L'hypothèse des croyances communes et partagées au sujet d'un objet social est à la base de la notion de « représentation sociale » introduite par Serge Moscovici en 1961. La théorie des représentations sociales prend donc ici tout son sens car elle devrait nous permettre d'accéder au mode de pensée des sujets, à leur vision du monde ainsi qu'à l'inscription de cette réalité dans la pratique contraceptive.

La première partie du cadre de référence se propose de mettre en place les assises conceptuelles susceptibles d'étayer la démarche compréhensive choisie. Pour ce faire, nous examinerons d'abord les fondements de la théorie des représentations sociales et les définitions que nous en fournit la documentation. Leurs rôles essentiels comme sources de savoir, d'orientation et de justification des comportements seront ensuite précisés et nous compléterons le tout par une description de la manière dont l'homme construit ses représentations afin de mieux appréhender le monde dans lequel il vit.

La seconde partie du cadre de référence traitera des particularités de l'adolescence. Il s'agit en effet d'une étape unique du développement humain, d'une période de transformations et de remaniements majeurs sur les plans biologique, cognitif, psychologique et social. En fait, les nombreuses différenciations qui distinguent

le mode de pensée adolescent du mode de pensée adulte justifient en soi l'importance d'un encadrement théorique qui apportera plus de cohérence et de compréhension à l'analyse. En dernier lieu, une recension de la documentation traitant de la contraception adolescente permettra de dresser l'état du savoir sur la question et de mettre au point le cadrage de l'étude.

2.1 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

La valeur heuristique de la notion de représentation sociale et le rôle qu'elle joue dans la compréhension des phénomènes sociaux et le traitement de questions de psychologie sociale appliquée s'illustrent tant par le nombre d'études et d'articles scientifiques en traitant que par la somme des différents domaines dont elle permet aujourd'hui le développement. Si cette notion s'inspire principalement de la sociologie des formes symboliques et des productions mentales collectives institués par Mead (1934), Mauss (1950) et Durkeim (1895 cité par Dupont, 1997), son fondateur demeure toutefois Serge Moscovici qui en renouvela l'analyse et en développa le concept à l'intérieur de la psychologie sociale il y a déjà trente ans.

2.1.1 Fondements épistémologiques

La grande particularité qui relève de cette vision psychosociale d'une construction de la réalité réside dans ce qu'elle pose différemment les liens entre le social et le sujet. Au lieu d'être centré sur des mécanismes de réponses sociales, l'intérêt se porte désormais sur une construction d'ensemble où sujet et objet sont présents, mais sans coupure entre l'univers extérieur et l'univers intérieur de l'individu : « le sujet et l'objet ne sont pas foncièrement distinct ». (Moscovici, 1969, p.9).

L'abandon de la coupure sujet-objet modifie la conception d'une réalité objective et amène l'hypothèse d'une réalité appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite et intégrée dans un système de valeurs et à l'intérieur d'un contexte spécifique. Ce qui est en cause représente une vision différente de la vie mentale qui conçoit aussi la « fonction d'adaptation du sujet au monde par les significations qu'il lui attribue et les interprétations qu'il lui donne ». (Gilly, 1980, p. 29).

Dans cet ordre de pensée, l'orientation des comportements ne repose plus seulement sur des éléments subjectifs ou contextuels mais bien sur les liens présents entre les représentations que l'individu construit autour de l'objet. Dans les termes d'Abric (1994), « un objet n'existe pas en lui-même, il existe pour un individu ou un groupe et par rapport à eux » (p.12). La théorie moscovicienne vient reconnaître l'intrication du social, du cognitif et de l'affectif dans le développement de la pensée et, par conséquent, la pertinence d'étudier l'objet à l'intérieur de ce cadre. Minier (1995)

estime que le penseur a ainsi élaboré une véritable approche constructiviste-intéractionniste à caractère social des phénomènes représentatifs. C'est ainsi que de nos jours, la théorie des représentations sociales se place parmi les éléments essentiels à la compréhension des comportements et des pratiques sociales et occupe une position centrale et incontournable dans les sciences humaines.

2.1.2 Nature des représentations sociales

Moscovici (1984 ; cité par Doise et Palmonari, 1986) considère les RS comme un mode spécifique et particulier de connaître et de communiquer ce qu'on connaît. La définition englobante qu'il propose en 1961 associe les représentations sociales à :

[...] un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaborations des réponses. (p. 350).

Plus qu'un simple reflet de la réalité, la représentation est une organisation « signifiante » qui dépend de la nature, des contraintes, des finalités et du contexte de l'objet en cause, contexte qui atteint des généralités sociales et idéologiques inscrites dans l'histoire de l'individu ou du groupe (Minier, 1995). Pour Abric (1994), toute interaction sociale concernant des individus et des groupes présuppose des représentations sociales :

Toute réalité est représentée [...] c'est-à-dire appropriée par l'individu et le groupe, reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contact social et idéologique qui l'environne . [...] C'est cette réalité appropriée qui constitue pour l'individu ou le groupe la réalité même. (p.13).

Les RS ne constituent toutefois pas le reflet de l'objet à travers la conscience du sujet mais plutôt la traduction des relations complexes, réelles et imaginaires, objectives et symboliques que le sujet entretient avec cet objet. Accéder au contenu des représentations informe alors sur ce qui oriente les pratiques sociales et représente une grille de lecture et de décodage de la réalité.

Plus qu'une vision statique du monde, les RS correspondent aussi à des systèmes d'attentes et d'anticipations (Moscovici, 1969). Cette vision fonctionnelle donne son sens aux conduites et permet de comprendre la réalité, de s'y adapter et de s'y définir une place. Les travaux de Flick (1992) indiquent que l'étude des représentations sociales permet d'accéder à la façon dont une société ou un groupe social « pense » à propos d'un domaine, d'un objet déterminé, et ce à partir des sujets en tant que membres d'une société, de leur façon de penser et de leur savoir. Les trois hypothèses fondamentales proposées par Clemence, Doise et Lorenzi-Cioldi (1994) établissent de façon succincte les bases des RS :

- 1) Les différents membres d'une population donnée partagent certaines croyances communes au sujet d'un enjeu social donné (langages et repères communs) ;

- 2) Les représentations sociales ne reçoivent leur spécificité que par leur ancrage dans la dynamique de rapports symboliques entre acteurs sociaux ;
- 3) Les représentations sociales ne sont pas seulement des croyances communes caractérisées par des modulations individuelles, elles sont aussi caractérisées par des ancrages dans des réalités collectives.

À la lumière de ce qui précède, il apparaît clairement qu'il nous faut aiguillonner l'investigation au-delà du simple inventaire des croyances, connaissances ou valeurs liés à la contraception. Nous recherchons une représentation sociale donc un concept plus englobant, complexe et stable. Nous présumons que les adolescents forment un groupe social distinct qui partage un savoir spécifique, une vision commune de la contraception élaborée à l'intérieur d'interactions sociales et à travers les opinions, connaissances et croyances collectives que nous nous efforcerons d'explorer et de saisir.

2.1.3 Fonctions des représentations sociales

Les représentations sociales sont soumises à une double logique : une logique cognitive et une logique sociale. Les significations qu'elles véhiculent dépendent en outre d'un contexte à la fois discursif et social. Quatre fonctions essentielles proposées par Abric (1994) précisent leur rôle fondamental dans la dynamique des rapports entre les individus.

2.1.3.1 Une fonction de savoir

Les représentations nous aident à apprendre et à expliquer notre univers. Moscovici (1961), Jodelet (1984, 1989), Guimelli (1994) et Abric (1994) s'accordent pour dire que la première fonction cognitive des représentations sociales s'applique à la constitution d'un savoir commun, un savoir spécifique défini judicieusement par Moscovici et Vignaux (1994) comme la connaissance populaire qui cimente nos vies sociales comme nos existences ordinaires.

La définition que nous propose Guimelli (1994) corrobore cette vision puisqu'il les envisage comme un ensemble de connaissances, de croyances et d'opinions partagées par un groupe à l'égard d'un objet donné. Jodelet soutient par ailleurs que cette forme de connaissance socialement construite dépend autant de systèmes de pensée plus larges tels l'idéologie, la culture, l'état d'avancement des connaissances scientifiques, l'insertion sociale des individus ou du groupe, que de l'expérience personnelle et affective des sujets (1989 :39).

2.1.3.2 Une fonction identitaire

Parce qu'elles situent les individus et les groupes dans le champ social en permettant l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante, les représentations sociales sont à la base de l'identité et permettent la sauvegarde de la

spécificité des groupes (Mugny et Carugati, 1985; cités par Dupont, 1997). Cette fonction joue un rôle important au point de vue des comparaisons et des contrôles sociaux, elle permet au groupe de se démarquer tout en comblant le besoin d'appartenance de ses membres (Abric, 1994).

De ce point de vue fonctionnel, la représentation sert de code symbolique pour communiquer entre membres d'une communauté et ne peut donc être dissociée des activités dans lesquelles les acteurs sont engagés (Minier, 1995). Moscovici et Vignaux (1994) soulignent l'importance de ce lien entre la communication et l'identité puisque le discours qui véhicule les significations constitue le seul moyen par lequel les individus s'y reconnaissent et se l'approprient :

Systèmes d'interprétation des événements et du monde, elles sont là [les R.S], vecteurs essentiels des opinions, jugements et croyances, visant à assurer la pertinence et la régularité de nos liens et de nos conduites en collectivité (p. 27).

2.1.3.3 Une fonction d'orientation

Comme l'explique Jodelet (1991), ce n'est pas individuellement mais socialement que nous devons partager ce monde, le gérer et l'affronter. Les RS nous orientent dans la façon de nommer, de définir et d'interpréter ensemble les divers aspects de notre réalité quotidienne. En cela, les représentations sociales correspondent à une forme de pensée

sociale utile pour savoir à quoi nous en tenir face au monde qui nous entoure et pour guider l'action.

Situées en amont et en aval des conduites, les RS interprètent le monde en effectuant une sélection et un filtrage de l'information pour ensuite guider l'action et les relations sociales tout en produisant un ensemble d'anticipations et d'attentes. Dans les mots de Flament (1987, 1989, cité par Abric, 1994), les représentations indiquent ce qui est normal de faire et de dire dans une situation donnée, compte tenu de la signification et de la finalité de cette situation. Cette sorte de théorie que les individus construisent autour de la nature d'une tâche « oriente la lecture et le décodage de l'information donnée à son sujet ainsi que les attitudes du sujet à l'égard de l'ensemble de la situation » (Minier, 1995 : 34).

Flament (1994) note également que cette conception d'un ensemble fini et organisé de cognitions est majoritairement *prescriptive* dans le sens où ces cognitions désignent l'ensemble des recommandations et des instructions qui s'imposent devant une situation donnée. Les conditions normatives, celles qui dégagent les règles et établissent la norme, sont ainsi génératrices de références pour les attitudes, les comportements et les évaluations de comportement. Gilly (1980) explique que de cette façon se met en place un système organisateur de type normatif qui sert ensuite de référence pour l'appréhension d'autrui.

2.1.3.4 Une fonction justificative

A posteriori, les représentations sociales permettent d'établir le bien-fondé, la nécessité des décisions, des comportements ou des prises de positions adoptées et, par conséquent, à maintenir et renforcer la position sociale d'un groupe donné. De cette manière, les RS légitiment la conduite et offrent l'argumentation pour expliquer la différenciation sociale. Doise (1990) précise par contre que la pluralité des processus qui interviennent au moment de ces prises de décisions explique la variété des expressions individuelles des RS, tout en demeurant déterminées par des principes organisateurs communs.

2.2 CONSTITUTION DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

La théorie moscovicienne suppose à la base que les individus reconstruisent continuellement le réel auquel ils sont confrontés et procèdent ainsi à un véritable remodelage de l'objet. Ce remodelage du réel résulte toutefois de plusieurs interactions sociales partagées par un même groupe d'individus et intégrées dans une réalité de sens commun. Sur les traces de Moscovici (1969), Abric (1976, 1989, 1994) décrit la représentation sociale comme le *produit* et le *processus* d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel et lui attribue une signification spécifique.

2.2.1 La représentation comme processus

En tant que processus, la représentation sociale correspond à l'activité mentale que sous-tend l'élaboration de la *représentation-produit*. Face à un objet (individu, situation, groupe), l'individu met en œuvre une activité d'appropriation : il reconstruit l'objet. Lorsqu'une nouvelle information survient, elle est d'abord objectivée puis interprétée, catégorisée et organisée dans la réalité ; le sujet module et complète ce qui est déjà constitué et obtient ainsi « un modèle actif capable de donner du sens aux phénomènes et capable d'orienter les conduites » (Anadon, 1999). Du point de vue processus, la représentation se veut ainsi la transformation sociale de la réalité en un objet de connaissance qui lui aussi est social. C'est en bref ce travail de réappropriation et sa résultante qui correspondent à ce que Moscovici nomme la représentation sociale. Selon cette vision, ce n'est plus l'action des autres qui détermine nos choix, nos décisions et nos propres comportements mais bien une vision du monde pré-existante et partagée. Guimelli (1994) se réfère à Moscovici (1976) et à Doise (1990) pour décrire les deux processus cognitifs et complémentaires qui permettent de constituer cette réalité collective et aident par conséquent à saisir la spécificité et des RS, soit l'objectivation et l'ancrage.

2.2.1.1 L'objectivation

Ce processus permet de simplifier et de remodeler les éléments d'informations relatifs à l'objet pour ensuite les résumer à partir d'une logique demeurant interne, consensuelle et donc communicable et utile au groupe. L'objectivation rend concret ce qui est abstrait (Doise et Palmonari, 1986 ; Doise, Clemence & Lorenzi-Cioldi, 1992), elle change le relationnel du savoir scientifique en image d'une chose. Il s'agit d'une activité mentale complexe où l'individu recueille l'information, la trie, la simplifie et en retranche certaines parties selon le filtre sociocognitif pré-existant. La nouvelle construction ou le remodelage obtenu, que Moscovici nomme également *schéma* ou *modèle figuratif*, est composé d'idées élémentaires et concrètes portant sur l'objet. Ce modèle figuratif constitue le noyau de base.

Suite au processus d'objectivation, le modèle figuratif devient une sorte de cadre interprétatif (avec des mécanismes d'analogie, d'inférence, d'anticipation et de compensation) possédant un statut d'évidence et qui permet de catégoriser, de comprendre et d'évaluer les nouvelles informations provenant de l'expérimentation et de l'évolution théorique de l'objet. Dès lors, « le modèle figuratif sert de filtre à l'individu confronté à son environnement et, ainsi, agit comme un système de médiation entre l'homme et son milieu » (Minier, 1995 : 52). Ce schéma contribue à l'appréhension du monde extérieur et servira ensuite d'*ancrage* pour diriger les comportements et donner sens aux événements.

2.2.1.2 L'ancrage

Le processus d'ancrage consiste à incorporer les éléments de savoir non familiers qui créent problèmes à l'intérieur du réseau de catégories qui est propre à l'individu. Il représente l'enracinement social de la représentation qui s'opère en référence aux croyances, valeurs et savoirs qui préexistent et dominent dans ce même groupe. Nous rappelons ici que si l'objet fait sens, c'est qu'il est intégré dans un réseau de significations. Selon Guimelli (1994 : 14), « l'ancrage permet ainsi d'accrocher quelque chose qui est nouveau à quelque chose qui est ancien » pour pouvoir l'interpréter et assurer l'orientation du comportement et des rapports sociaux. En substance, ces deux processus d'objectivation et d'ancrage sont donc actualisés lors d'une confrontation avec l'inattendu et l'inextricable. Doise et Palmonari (1986) citent Moscovici qui confirme qu'une des fonctions importantes des RS demeure précisément la domestication de ce qui est étrange et que par ce phénomène, le modèle figuratif demeure ouvert et sensible aux changements de l'environnement.

2.2.2 La représentation comme produit

La représentation traduite en tant que *produit* sous-entend un univers d'opinions, de connaissances et de croyances élaborées, organisées et hiérarchisées de manière cohérente par les individus. Cette organisation logique comporte inévitablement une signification centrale, un sens qu'il est possible d'explorer avec tous les éléments qui s'y

greffent. Moscovici propose d'étudier les éléments constitutifs des représentations sociales selon trois aspects : l'information, l'attitude et le champ de représentation.

L'information touche simultanément la totalité des *connaissances* et son organisation chez l'individu. L'examen de cet élément suppose l'étude des liens entre le discours des sujets et les caractéristiques objectives de l'objet. Comparativement, les valeurs et attitudes reflètent plutôt la face évaluative et normative de la représentation et correspondent à l'orientation globale ainsi qu'à l'aspect affectif ou émotionnel vis-à-vis de l'objet. En dernier lieu, le champ de représentation désigne le contenu concret et circonscrit, ou, en d'autres mots, l'image à laquelle renvoie la RS. Cette construction signifiante est faite de l'objet à partir duquel le sujet a intégré et interprété les informations dont il dispose avec l'idée d'une organisation ou encore d'une hiérarchie des éléments qui la constituent (Gilly, 1980).

C'est à propos du champ de représentations que provient par ailleurs la notion de noyau central (théorie des noyaux centraux introduite par Abric en 1976) et périphériques (théorie des schèmes périphériques de Flament, 1987). Ces noyaux sont déterminés selon l'importance qu'ils occupent à l'intérieur de la représentation et leur résistance respective aux changements. Nous rappelons que les représentations sont organisées de manière spécifique et régies par des règles de fonctionnement qui leur sont propres. Le repérage de cette organisation représente évidemment la partie la plus difficile à circonscrire.

Depuis trente ans, la recherche sur les RS s'est raffinée et plusieurs courants se sont développés. Une partie des chercheurs s'intéresse davantage à la structure des représentations, à leurs propriétés et aux processus qui sont à la base de leur élaboration (Abric, 1989, 1994, 1994b ; Flament, 1989 ; DiGiacomo, 1986 ; Guimelli & Rouquette, 1992). Ces études s'attardent sur l'organisation interne des RS d'où s'inspirent les notions de noyau central et de ses éléments périphériques. D'autres champs d'intérêts gravitent plutôt autour des liens qu'entretiennent les représentations avec les processus cognitifs (Doise, 1989 ; Grize, 1989) ou avec les changements de pratiques sociales (Guimelli, 1994 ; Flament, 1994 ; Morin, 1994). L'analyse structurale et organisationnelle des représentations sociales fait généralement appel à des techniques expérimentales diverses et combinées tels l'analyse de similitude, de segmentation, multidimensionnelle et discriminante, les méthodes associatives, les échelles d'attitude, l'analyse factorielle des correspondances, etc. (Doise, Clemence & Lorenzi-Cioldi, 1992).

En ce qui s'applique à la présente étude cependant, les représentations sociales des adolescentes seront abordées uniquement en termes de produit socio-cognitif. Les efforts convergeront donc vers l'examen de la matière première des RS soit le recueil des connaissances, des valeurs, des attentes, des anticipations et des attitudes attribuées à l'objet dont il faudra reconstituer les principes organisateurs communs (Doise, Clemence & Lorenzi-Cioldi, 1992). Cette centralisation sur le contenu repose sur la prémisse affirmant qu'à la base de toute relation avec un autre individu, une situation ou un objet,

s'inscrivent des représentations sociales c'est-à-dire un contenu mental pré-existant qui module, marque et guide toute interaction, tout rapport social.

Comme le spécifiait si judicieusement Morin (1994), il ne s'agit pas d'établir un modèle d'une stricte causalité mécaniste et linéaire qui relierait représentations et pratiques au même titre que pour certains, les attitudes positives ou négatives vis-à-vis du condom sont supposées être les déclencheurs simples et directs de son usage ou absence d'usage. Il ne s'agit pas non plus de prendre la mesure entière de la complexité multidimensionnelle du phénomène ou de prétendre établir un modèle explicatif et prévisionnel unique, général et universel. Nous rappelons que les RS ne sont pas les causes des comportements mais plutôt des guides pour l'action sociale. Elles sont constituées de combinaisons organisées et adaptées d'éléments cognitifs et affectifs qui permettent aux individus d'agir et sont construites et renforcées par et pour des pratiques dans lesquelles des sujets sont socialement insérés.

Concrètement, nous présumons que les représentations sociales guident les adolescentes pour faire face aux incertitudes et aux menaces associées à une grossesse. Empruntant les termes de Minier (1995), nous aborderons la contraception d'une part comme un objet symbolique lié à une réalité complexe dans lequel elle se construit et d'autre part comme la résultante des rapports sociaux qui la tisse.

2.3 MODÈLE FIGURATIF DE LA REPRÉSENTATION SOCIALE

Considérant la relative complexité de la théorie moscovicienne, nous proposons à la page suivante une représentation symbolique du modèle figuratif de la représentation sociale. Les objectifs sont de favoriser l'organisation des connaissances présentées dans le cadre théorique, de faciliter une intégration significative du concept de RS et de guider l'analyse ultérieure.

Le modèle tente d'illustrer la représentation sociale comme système de valeurs, de notions, d'attentes et d'anticipations relatives à l'objet, système qui donne sens aux attitudes et aux pratiques. La mappemonde a la prétention de refléter cette vision partagée du monde en une organisation signifiante. La théorie ainsi construite autour de l'objet demeure ouverte aux changements de l'environnement tels les généralités sociales, culturelles et idéologiques, les contraintes, l'état des connaissances scientifiques, le contexte, de même que de l'histoire de l'individu et du groupe. Ces intrants sont interprétés, filtrés, objectivés et sélectionnés par l'individu qui se les approprient afin de former l'ensemble stable que sont les représentations sociales, elles mêmes traduites en terme de connaissances partagées (*l'information*) et de références pour les *attitudes* et les conduites.

MODELE FIGURATIF DE LA REPRESENTATION SOCIALE

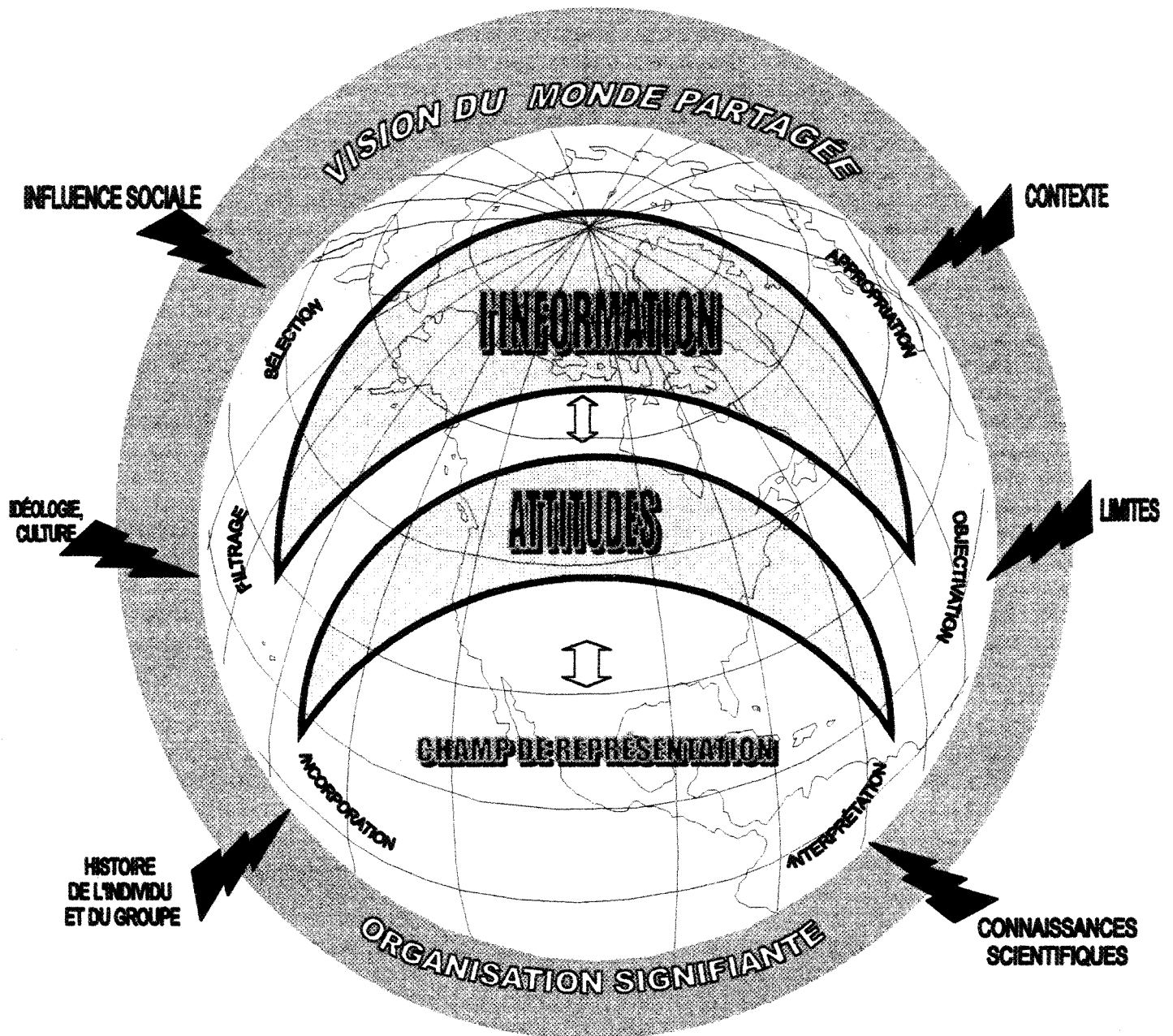


Figure 2.1 : Modèle figuratif de la représentation sociale

2.4 L'ADOLESCENCE

À l'adolescence correspond une période de transformations complexes et accélérées tant du point de vue physique, psychologique que social. Pour Petersen & Boxer (1982) et Petersen, Leffert & Graham (1995), en connaître les caractéristiques apparaît essentiel dans une démarche qui vise à comprendre où s'inscrit la contraception dans leur vécu. Cette perspective « développementale » permettra l'interprétation plus adéquate des attitudes et conduites en contribuant notamment à reconnaître le dysfonctionnement du comportement normal pour l'âge.

Certains auteurs tels Rubenstein (1991), Elliott & Feldman (1990) et Petersen, Leffert & Graham, (1995) préfèrent diviser l'adolescence en phases : son début où s'effectue la transition enfant-ado (10-14 ans), son milieu où prédomine l'influence des pairs (15-17 ans) et sa fin (18-20 ans) où le jeune commence à prendre les responsabilités de la vie adulte. Une grande variabilité individuelle existe toutefois en ce qui a trait au moment où surviennent les nombreux changements physiques, psychologiques et sociaux.

Les transformations physiologiques de la puberté comprennent la capacité de reproduction, le développement des caractères sexuels secondaires et l'intérêt pour la sexualité. Ces changements sont responsables, avec la réactivation des hormones, du début de l'activité et des comportements sexuels (Brooks-Gunn & Paikoff, 1993 ; Petersen & Boxer, 1982). Pour Freud, l'adolescence correspond au stade génital : la

dernière étape du développement psychosexuel. L'influence sur le corps de l'adolescent pubère survient directement par les changements au plan de l'éveil de la sexualité et indirectement par la voie des changements des aspects sociaux (Brooks-Gunn & Paikoff, 1993). L'image corporelle devient alors l'objet d'une grande préoccupation narcissique chez l'adolescent qui recherchera en conséquence davantage d'intimité.

Tel que signalé précédemment, la nubilité représente un phénomène survenant de plus en plus tôt. La documentation concernant les implications de cette précocité contemporaine suggère qu'elle rend les jeunes filles plus vulnérables vis-à-vis diverses problématiques tels l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues, la dépression, ainsi qu'à une perception négative du corps associée aux nombreux problèmes alimentaires (Brooks-Gunn, 1988 ; Brooks-Gunn *et al*, 1985 ; cités par Brooks-Gunn & Paikoff, 1993). L'âge auquel les adolescents deviennent sexuellement actifs varie selon le pays, le groupe ethnique et la culture (Boyer et Kegeles, 1991 ; Bury, 1991 ; cités par Abraham et Sheeran, 1994). Santé Canada (1999) note également que l'initiation précoce et les pratiques sexuelles plus risquées sont plus répandues parmi les jeunes qui sont défavorisés sur le plan socio-économique.

Comparativement, le développement cognitif s'effectue plus lentement que ne surviennent les changements physiologiques. À ce stade, il est important de saisir que le mode de pensée est uniquement concret : *seul le présent est important et réel*. De cette pensée concrète, celle de l'enfant, les adolescents évoluent lentement vers la pensée formelle : une pensée capable d'abstraction, de conceptualisation, d'analyse et de

synthèse (Charbonneau, Forget, Frappier, Gaudreault, Guilbert & Marquis, 1989 ; Keating, 1990 ; Weithorn and Cambell, 1982 cités par Peterson, Leffert & Graham, 1995).

Un autre spécificité du comportement adolescent se traduit dans l'inhabileté à négocier à l'intérieur des relations interpersonnelles. En effet, quoique le processus décisionnel chez l'adulte et l'adolescent plus âgé puisse être similaire, l'immaturation de la pensée fait que ce dernier peut évaluer très différemment le poids des conséquences dans le domaine de la sexualité et de la contraception. De telles différences de développement peuvent mener à la prise de risques élevés chez l'adolescent lorsque vu par des yeux adultes (Furby & Beyth- Maron, 1992 et Garner, 1990; cités par Peterson, Leffert, & Graham, 1995). Il leur est donc difficile de planifier, de se servir d'expériences antérieures comme moyen d'apprentissage et de comprendre les effets à long terme de leurs comportements (Cardinal-Remete, 1999).

L'immaturation de la pensée explique par ailleurs l'égoïsme du jeune qui demeure très centré sur lui-même. Les opinions idéalistes et le narcissisme colorent sa perception du monde extérieur. Rycek, Stuhr, McDermott, Benker & Swartz (1998) évoquent Elkind (1967), qui explique que les adolescents se construisent une véritable « audience imaginaire » ; c'est-à-dire qu'ils assument que les autres, spécialement les pairs, l'observent attentivement, réfléchissent à son propos et sont aussi intéressés à ses pensées et comportements qu'eux-mêmes peuvent l'être. Un phénomène qui se traduit en la conviction d'être le centre de l'univers.

À propos du manque de perception vis-à-vis de la vulnérabilité personnelle et de la pensée magique, ils devraient être envisagées dans cette même perspective cognitive soit secondaires au manque de pensée opérationnelle formelle (Nakkab, 1997). La pensée magique se définit comme l'action d'établir un lien de causalité entre ce que l'on croit ou pense et ce qui peut survenir. Pour la sexologue Francine Michaud (1996), faire preuve de pensée magique équivaut à prendre ses rêves pour des réalités : une forme de déni qui rend la réalité plus supportable en excluant du champ de conscience des aspects qui pourraient être source d'anxiété. L'adolescent aime le risque car il répond à son besoin d'autonomie et d'indépendance et l'aide également à mieux se connaître.

Les travaux d'Erikson (1968b) stipulent par ailleurs qu'à cette étape de vie, le développement d'une identité personnelle ainsi que l'intimité constituent les principaux défis à relever. L'identité est ce sentiment d'être unique, de constituer un tout homogène. Il s'agit d'une organisation interne, auto-construite et dynamique des tendances, des capacités, des croyances et de l'histoire antérieure de chaque individu. La recherche de l'identité demeure un processus complexe qui exige une *redéfinition* de soi et ainsi la prise de diverses décisions. C'est donc l'âge de l'argumentation, de la négociation et des conflits car les jeunes doivent puiser à l'extérieur d'eux-mêmes les ressources qui leur permettront de s'évaluer et de fonctionner.

L'identité sexuelle fait aussi partie de cette tâche : elle s'y intègre et y atteint son sommet. La sexualité représente sans contredit un élément capital dans la manière d'appréhender l'adolescence moderne. Desjardins (1995) soutient à ce sujet qu'à la

production de l'adolescence correspond la production de la normalité sexuelle. Du point de vue de la jeune fille, cette tâche *maturative* passe d'abord par l'acceptation de sa nouvelle image corporelle comme sexuée, tâche à laquelle s'associe la nécessité d'assumer son identité de genre et qui précède l'accès progressif à la génitalité adulte. Peterson, Leffert & Graham (1995) articulent l'identité sexuelle selon trois composantes majeures :

- (1) le rôle sexuel centré sur les rôles et stéréotypes sociaux ;
- (2) l'identité de genre reliée aux caractéristiques psychologiques considérés masculines ou féminines ;
- (3) l'orientation sexuelle correspondant à l'objet de l'intérêt sexuel soit hétérosexuel, homosexuel, bisexuel ou asexué.

Durant l'adolescence, les jeunes accordent une quantité croissante d'énergie et de temps dans l'interaction avec les pairs. Ceux-ci ont une large influence sur le comportement aussi bien que sur l'opinion et les croyances des adolescents. Même si pour Lerner, Karson, Meidels, & Knapp (1975 cités par Peterson, Leffert & Graham, 1995) et Buissonnet-Verger (1991), les parents conservent une influence primordiale sur les valeurs de base, le groupe d'amis peut exercer une puissante pression en regard des comportements à risque de l'adolescence. Les jeunes filles à maturité précoce ou celles provenant des foyers perturbés y seraient d'ailleurs particulièrement vulnérables

(Rubeinstein, 1991). Avec la concurrente distanciation d'avec la famille d'origine, les liens à tisser avec le groupe de pairs représentent donc une autre tâche centrale de l'adolescence (Erickson, 1956 cité par Wilkins, Onetto & Frappier, 1981; Nakkab, 1997). Dans la majorité des cas cependant, le processus d'individualisation ne requiert pas le détachement des parents et les relations avec ceux-ci continuent.

Entre 15 et 17 ans, lorsque la plupart des changements physiques sont en place, les adolescents se détournent de leur propre corps et s'intéressent davantage à séduire le sexe opposé et à comprendre la signification des différents rôles masculins et féminins à l'intérieur de leur culture spécifique (Rubenstein, 1991). L'intimité ne peut être intégrée que vers la fin de l'adolescence, lorsque le sens de l'identité est bien acquis et que le processus de maturation s'est bien développé (Cardinal-Remete, 1999 :12). S'ils sont maintenant plus habiles à se projeter dans l'avenir, ce n'est que vers 18-21 ans qu'ils deviennent capables de prendre leurs propres décisions, de considérer les conseils de leur entourage et finalement, d'adopter en partie les valeurs parentales.

Il s'ensuit que tous ces changements vécus intensément par l'adolescente se répercutent inévitablement sur la difficulté de planifier efficacement les naissances. Si le choix de se protéger d'une grossesse non voulue résulte à priori d'une décision, cette décision contraceptive se prend dans un contexte culturel, social, au milieu de pressions souvent contradictoires de l'entourage et d'un inconscient culturel chargé d'interdits, de désirs et d'images (Buissonnet-Verger, 1991). Il s'agit d'une expérience humaine très complexe qui ne peut être divisée en compartiments théoriques sans perte de sens.

Cependant, il nous apparaît utile de présenter la situation du savoir sur la question et de connaître les récents travaux qui tentent d'expliquer le comportement contraceptif des adolescents, tout en examinant au préalable la nature et les caractéristiques de cette contraception.

2.5 LA CONTRACEPTION

Le contrôle de la fertilité est un aspect fondamental de la santé des femmes et il existe depuis les premières civilisations. Ainsi, depuis l'Antiquité, infanticide, avortement et contraception furent pratiqués démontrant ainsi la constante volonté de l'espèce d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle et collective, institutionnalisée ou non (Dreyfus, 1998).

Il est intéressant de noter que le terme « contraception » est d'apparition récente dans les dictionnaires français puisqu'il est absent du Petit Robert de 1975, quoique l'adjectif « contraceptif », qualifié de néologisme, y soit présent. Par contre, le terme « anticonceptionnel », qui comporte clairement le mot « conception », est daté de 1920. Événio (1998), décrit la contraception comme : « *L'ensemble des méthodes visant à éviter, de façon irréversible ou temporaire, la fécondation* ». Mentionnons que Serfaty (1998) divise la limitation des naissances selon quatre approches : la contraception conventionnelle, la contraception post-coïtale, la stérilisation et l'avortement.

L'efficacité d'un moyen contraceptif se mesure en rapport avec sa valeur de protection contre les grossesses non désirées et selon la régularité d'utilisation ou l'observance de la méthode elle-même [*compliance*]. Si les méthodes de contrôle des naissances hormonales et mécaniques se sont grandement raffinées depuis les dernières décennies, tout en accroissant leur accessibilité, l'abstinence demeure toutefois la seule méthode réversible à 100% sûre. Toutes les méthodes présentent en outre des taux d'insuccès liés aux conditions techniques et subjectives de leur utilisation.

MENU DE CHOIX CONTRACEPTIFS

- Les contraceptifs oraux combinés (estroprogestatifs)
- minipilule progestative pure
- progestatif injectable
- dispositif intra-utérin ou stérilet
- implant hormonal
- méthodes barrières (condoms féminins et masculins, diaphragme, cape cervicale, éponge, mousse et spermicide)
- coït interrompu ou retrait
- abstinence périodique (méthodes sympto-thermique, calendrier, observation des glaires ou du mucus cervical)
- stérilisation (ligature des trompes et vasectomie)

Du côté des adolescents, trois méthodes sont principalement utilisées : les anovulants, le condom et le coït interrompu (Boroditsky, Fisher et Sand, 1995). Stérilet, méthodes naturelles et autres méthodes mécaniques demeurent des méthodes peu conseillées aux jeunes et leur utilisation demeure trop marginale pour les inclure explicitement dans le cadre de cette étude. De plus, malgré l'importance actuelle de la prévention vis-à-vis des maladies transmises sexuellement et de l'infection au VIH, l'utilisation du condom y sera principalement abordée dans sa dimension anticonceptionnelle.

L'étude canadienne sur la contraception (ECC) demeure au Canada un repère dans le domaine de la contraception et des soins de santé prodigués aux femmes (Fisher, Boroditsky & Bridges, 1999). L'étude menée auprès d'une population de 1 599 femmes et adolescentes confirme que les contraceptifs oraux obtiennent de loin la cote la plus élevée dans le choix des répondantes (64%). Ils sont privilégiés en raison de leur efficacité, de leur facilité d'utilisation et parce qu'ils ne gênent pas les rapports sexuels (Hadley, 1998).

Désignée indifféremment d'*anovulant* ou de *pilule*, la contraception hormonale représente encore aujourd'hui le moyen le plus utilisé et l'un des plus efficaces que nous connaissons. Les avantages de celle-ci dans le domaine de la contraception sont l'efficacité, l'invisibilité et le décalage entre la prise orale et le moment du rapport sexuel. Toutefois, son usage procure plus qu'une action contraceptive : elle est prescrite entre autres pour la diminution des crampes, du flux

menstruel et de l'acné (Van Hoof et *al.*, 1998) et est aujourd'hui reconnue pour la protection qu'elle procure contre les cancers de l'ovaire et de l'endomètre, les grossesses ectopiques et les maladies inflammatoires pelviennes. Ces bénéfices prophylactiques évitent ainsi de nombreuses hospitalisations (Rosenberg et Waugh, 1998) et diminuent le risque d'infertilité.

L'utilisation d'hormones synthétiques a pour but soit de bloquer l'ovulation, soit d'empêcher la fécondation et la nidation. Si cette méthode possède l'avantage de ne pas entraver l'expression sexuelle, argument qui défavorise le condom, elle nécessite toutefois un respect de son mode d'administration. Les anovulants peuvent également se révéler dispendieux pour les jeunes et seule la femme en a la responsabilité et en subit les inconvénients.

Toujours selon l'ECC, les femmes utiliseraient généralement le condom en raison d'effets secondaires rencontrés avec d'autres méthodes contraceptives ou à cause de leurs préoccupations face à ces dernières. Les adolescentes auraient une meilleure opinion du condom que les autres groupes de femmes mais démontrent toutefois un taux d'insatisfaction relativement plus élevé. Les questionnaires utilisés ne permettent cependant pas de préciser la manière dont elles les utilisent, la nature de ces besoins ni leurs motivations profondes.

En théorie, l'efficacité du condom de latex contre les grossesses, les MTS et l'infection par le VIH demeure très haute. L'écart entre l'efficacité théorique et

l'efficacité réelle du condom dépend principalement des comportements individuels (Gouvernement du Québec, 1996). Son utilisation comporte toutefois une obligation de discuter ouvertement de la sexualité, d'affirmer ses besoins, de résister à la pression des autres et de négocier avec un partenaire ; toutes choses qui, selon Longpré (1994), exigent de l'audace et de la confiance en soi.

En outre, et témoignant de la complexité liée au planning, les écrits établissent un manque de fidélité des jeunes vis-à-vis de la contraception orale (Ballassone, 1989 ; Emans, Grace & Woods, 1987 ; cités par Sawyer & Pinciaro, 1998). Une recherche menée par l'Association Canadienne pour la santé des adolescents (1995) signale que 27% des adolescentes cessent l'usage des contraceptifs oraux dans les six mois suivant la prescription : 46% en raison de l'absence de partenaires et 16% pour des effets secondaires qui ne demanderaient que réassurance et conseils. À ce sujet, le gain de poids représente l'une des plus fréquentes raisons d'abandon de la pilule et ce même si Rosenberg (1998), qui appuie son étude de nombreuses autres, démontre le peu de fondement de cette perception puisque les kilogrammes acquis référerait au développement normal de la jeune adolescente et aux fluctuations physiologiques du cycle menstruel. Finalement, Oakley et ses collaborateurs (1999) soutiennent que l'oubli de la pilule constitue la principale cause de grossesse imprévue et ils déplorent par ailleurs le manque d'études qualitatives visant l'exploration de la vision des femmes et de leur façon d'envisager la contraception orale.

Malgré quatre décennies d'utilisation et de perfectionnement, de nombreux mythes et croyances erronées subsistent encore sur la pilule quant aux risques de cancer, d'infertilité et de maladies cardiovasculaires ; une situation par ailleurs largement dénoncée dans la documentation (Shulman, 1999 ; Sihvo, Hemminki & Kosunen, 1998 ; Lindsay, Smith & Rosenthal, 1999 ; Rosenberg, 1998 ; Sable & Libbus, 1998). La majorité (85%) de celles qui consultent le médecin ou autres professionnels de la santé sont déjà actives sexuellement et 23% d'entre elles n'ont pas utilisé de moyens reconnus de contrôle des naissances lors du coïtarche. Ces délais dans l'adoption d'une méthode contraceptive contribuent forcément à augmenter le risque de grossesse (Chewning & Van Koningveld, 1998).

Les erreurs d'utilisation seraient également très fréquentes (Bérubé, 1999 ; Oakley, Yu, Zhang, Zhu, Chen & Yao, 1999). Jusqu'à 46% des femmes ayant participé à l'étude de Rosenberg & Waugh (1998) ont dit avoir oublié une ou plusieurs pilules par cycle. Si d'une part il est satisfaisant de constater que les adolescents protègent davantage leurs premières relations sexuelles que dans le passé (Desjardins *et al.*, 1986 ; Fortin *et al.*, 1989 ; Légaré et Bérubé, 1985 ; Otis *et al.*, 1991 ; Pleck *et al.*, 1981 ; cités par Turcotte, 1994 ; Charbonneau, Forget, Frappier, Gaudreault, Guilbert & Marquis, 1989), il reste que 62.1% de ces sujets ne se sont pas protégés efficacement contre les MTS et plus de la moitié n'étaient pas prémunis contre la grossesse.

Même si l'arrivée des contraceptifs oraux faiblement dosés a réduit considérablement l'incidence des effets secondaires, ces symptômes (pertes sanguines,

nausées, prise de poids, changements de l'humeur, céphalées, sensibilité des seins) pourraient être responsables de 59 % des abandons (Rosenberg et Waugh, 1998). Une récente étude norvégienne de Knutsen, Furnes, Moen (1999) examinant les raisons de l'absence de contraception parmi des cas de demandes d'avortement conclut que la principale raison de ne pas utiliser de contraceptif oral est reliée à la crainte de leurs effets secondaires (36%). Dans le même sens, une recherche finlandaise de Sihvo, Hemminki & Kosunen (1998) met en évidence cette perception de risques à la santé qui se traduit par des inquiétudes et une connaissance relative des effets potentiels sans toutefois tenir compte de leur réelle incidence. L'acceptation première de la méthode, c'est-à-dire le fait d'être bien avec son choix, influencerait pareillement l'observance de la méthode et par conséquent l'efficacité contraceptive. Par exemple la femme qui croit que la pilule apporte des effets indésirables importants mais qui l'adopte néanmoins serait davantage à risque d'erreurs et d'oublis dans sa méthode (Rains, 1971 ; Reiss, Banwart & Foreman, 1975 ; cités par Harden et Willig, 1998 ; Werner et Middlestadt, 1979).

Les mythes et croyances populaires qui entourent la prise d'anovulants pourraient également contribuer à limiter leur utilisation adéquate et prolongée (The Canadian Consensus Conference on Contraception, 1998). Ces connaissances erronées se traduisent notamment par l'arrêt momentané des contraceptifs oraux pour « reposer l'organisme », parce que les femmes perçoivent ne pas avoir besoin d'une protection continue (1 femme sur 4) ou qu'elles jugent la méthode trop difficile à utiliser.

Toutefois, si la présente section montre que la notion de contraception demeure un concept relativement jeune touchant différents aspects cognitifs et techniques liés aux moyens d'éviter une grossesse non intentionnelle, la contraception comporte encore de nombreuses dimensions très complexes qui intéressent les chercheurs depuis déjà plusieurs années.

2.5.1 Le comportement contraceptif : état de la recherche

De nombreuses approches théoriques ont été utilisées à l'intérieur de la psychologie pour tenter d'expliquer objectivement et scientifiquement le comportement contraceptif. Les plus connues sont la théorie de la personnalité, la théorie du développement et les théories socio-cognitives (Sheeran, White & Phillips, 1991). La théorie de la personnalité a surtout permis de faire des liens entre l'utilisation de contraceptifs et certains traits de caractère. Par exemple, de par leur influence réelle sur le développement de l'identité et de l'expression sexuelle, l'image et l'estime de soi représentent aujourd'hui d'importants facteurs psychosociaux dans la compréhension du comportement des adolescents (Eggert, Thomson, Herting, Nicholas, & Dicker, 1994 ; Nurmi et Pulliaimen, 1991 ; Tuttle, 1995 ; Yarcheski et Mahon, 1989 ; Scoloveno et Mahon, 1994 cités par Donaldson Connelly, 1998 ; Chewing & Van Koningsveld, 1998 ; Harter, 1990). Forget, Bilodeau et Tétreault (1992) ajoutent à ces facteurs décisifs le sens du contrôle sur les événements, l'affirmation de soi (Snell et Wooldridge, 1998) et les habiletés de communication avec le ou la partenaire comme autant d'éléments qui

détermineraient l'adoption et le maintien d'une contraception efficace. De façon similaire, un niveau de développement élevé et des attitudes positives ont été associés à des comportements préventifs responsables (Tessier, 1985 ; Flick, 1986 ; Phipps-Jonas, 1980 cités par Forget, Tétreault et Bilodeau, 1992). D'autres auteurs suggèrent également que des sentiments d'ambivalence ressenties vis-à-vis de la maternité pourrait être reliés au taux de grossesses imprévues (Rogel, Zuehlke, Peterson, Tobin-Richards & Shelton, 1980 ; Zabin, Astone & Emerson, 1993 ; cités par Crump, 1999).

En ce qui concerne la détermination d'un profil de l'adolescente à risque, Japel (1992, cité par Côté, 1995) le décrit comme suit : rendement académique faible, répertoire de mécanismes de défenses plus restreint, image de soi négative et manque d'estime personnelle, structure familiale dysfonctionnelle et milieu socio-économique pauvre. L'auteur nuance toutefois ce tableau difficilement généralisable en raison de problèmes méthodologiques observés dans ces recherches. Les raisons à l'origine d'une grossesse chez l'adolescente vivant dans un milieu familial « normal » seraient plutôt de l'ordre de l'échec contraceptif.

Quant aux modèles liés au développement, ils mettent davantage l'accent sur le développement sexuel de la femme au point de vue de l'identité et du concept de soi comme individu sexué. L'intégration de l'identité sexuelle a été désignée comme un précurseur sérieux de l'utilisation adéquate des moyens contraceptifs (Grufer & Chambers, 1987 ; Milan et Kilman, 1987 ; Morrison, 1985 ; Claes, 1983 ; cités par Turcotte, 1994). De faibles résultats dans la mesure de maturité prédirait

conséquemment une faible utilisation des contraceptifs (Speier, Mélése-D'Hospital, Tschann, Moore, & Adler, 1997).

Les études basées sur les approches socio-cognitives sont de loin les plus communes dans les écrits sur la contraception. Si un certain nombre de modèles de comportements contraceptifs ont été proposés, aucun n'aurait reçu de support empirique convaincant (Morrison, 1985 ; Sheeran, White & Phillips, 1991). Pour leur part, Abraham et Sheeran (1993) notent que les recherches sur l'utilisation du condom en prévention du VIH ont été développées indépendamment de celles portant sur la contraception. Plusieurs chercheurs ont ainsi mesuré l'influence de l'attitude et des croyances sur l'utilisation du condom (Abraham et Sheeran, 1993 ; Abrams, Abraham, Spears et Marks, 1990 ; Abraham, Sheeran, Abrams, Spears et Marks, 1991a ; Beaulieu, Godin, Valois et Martin, 2000) en se guidant sur différents modèles de prédiction du comportement comme le « *health belief model* » (Rosenstock, 1974 ; Janz et Becker, 1984), la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1988) et la « *protection motivation theory* » (Rogers, 1975, 1983). Ces modèles suggèrent que croyances, attitudes, normes sociales, intentions et perception d'efficacité personnelle représentent des conditions psychologiques suffisantes pour adopter un comportement sexuel préventif.

La méta-analyse de Whitley & Schofield (1986) compare 134 études traitant des variables pouvant prédire la première relation sexuelle et l'adoption de contraceptifs. Les résultats ciblent l'influence du partenaire, l'acceptation de sa propre sexualité, l'orientation future, l'attitude envers la contraception, l'exclusivité sexuelle et la

fréquence des relations comme principales variables influençant le comportement. Sable et Libbus (1998) nomment quant à eux l'embarras comme facteur influençant l'acquisition et l'usage du condom et la perception de risque à la santé ainsi que les effets secondaires comme les dissuasifs majeurs pour les contraceptifs oraux.

Outre l'attitude et les croyances, l'impact de chacun des agents de *socialisation* (parent, pair, école, personnes significatives) représente un intérêt certain par rapport à la place qu'occupe la contraception chez les adolescentes (Perry, Kelder & Komro, 1993 ; Brofenbrenner, 1986 ; Peterson, Leffert, & Graham, 1995). L'environnement familial est donc évoqué comme un déterminant de la grossesse et de la maternité à l'adolescence dans la mesure où il propose des modèles de rôles et confère une légitimité sociale à la maternité précoce (Hogan & Kitawaga, 1985 ; Flick, 1986 ; Phipps-Jonas, 1980 ; cités par Forget, Bilodeau et Tetreault, 1992 ; Chewning et Van Koningveld, 1998).

Mentionnons également la communication parents-enfant et la dynamique familiale qui représenteraient des variables potentiellement influentes vis-à-vis de cette problématique. À ce sujet, Côté et Dubé (1998) cite les travaux de Miller *et al.* (1986) où il ressort que plus les parents se montrent sévères ou sont perçus comme tels par leurs adolescents, et plus ces derniers seront permissifs face à l'expérimentation de la sexualité. L'étude de Buissonnet-Verger (1991) indique par ailleurs une fréquence de rapports sexuels plus élevée chez les filles qui perçoivent chez leurs mères une attitude favorable vis-à-vis de leur comportement sexuel. De plus Turcotte (1994) mentionne les travaux de Milan et Kilmann (1987) ainsi que ceux de Miller et Moore (1990)

confirmant également ce lien entre attentes perçues chez les parents et les comportements sexuels des adolescents. Pour Chewing et Van Koningsveld (1998), la première relation sexuelle peut d'ailleurs être prédite selon le système comportemental, la perception des pairs, l'utilisation d'alcool et/ou de drogues, l'importance des amis et le temps jugé acceptable pour retarder le coït.

Les normes sociales agiraient aussi comme une sorte de guide pour l'action sous la forme de sanctions sociales formelles ou informelles (Goffman, 1973 cité par Valois, Godin & Desharnais, 1991). Ces dernières seraient associées à l'actualisation d'un comportement et constitueraient un élément-clé dans la décision d'adopter un comportement particulier. Au plan du développement, les adolescents ont besoin de l'approbation des pairs : Furstenberg, Moore, & Petersen (1986) démontrent que l'initiation à la sexualité est hautement associée avec la perception d'une norme par le groupe d'amis. Dorais (1985) et Nakkab (1997) prétendent même que l'activité sexuelle des adolescents est l'expression de besoins non sexuels : qu'elle sert d'entrée au groupe de pairs pour surmonter les sentiments d'isolement et d'insuffisance et obtenir l'acceptation. La virginité serait devenue gênante aujourd'hui. Les rencontres sexuelles sont brèves, souvent insatisfaisantes et amorcées comme résultat du « vouloir correspondre » [wanting to fit in] avec une société perçue par les adolescents comme une norme. Les travaux de Diclemente (1990) confirment par ailleurs qu'une perception de l'utilisation du condom comme étant la norme chez les pairs demeure le seul facteur significatif qui en influencerait l'usage. D'autres auteurs ont également examiné

l'impact d'une norme prescrite par les rôles sexuels selon le genre; une norme qui pourrait diminuer le pouvoir de l'adolescente à l'intérieur de la relation amoureuse puisqu'elle sous-entend encore la soumission, l'acquiescement et la dépendance féminine par rapport à la domination ou au contrôle masculin (Holland, Ramazanoglu, Scott, Sharpe et Thomson, 1990 ; Abraham, Sheeran, Abrams et Spears, 1994 ; Holland, Ramazanoglu et Scott, 1990 ; Gold et Berger, 1983 ; cités par Abraham et Sheeran, 1994).

D'un autre côté, même si Buissonnet-Verger (1991) estime que de nombreux travaux d'approche socio-cognitive ont permis d'établir l'existence de relations, voire de corrélations, entre attitudes et comportements contraceptifs (Lieberman, 1981 ; Hérold, 1981 cités par Morrison, 1985 ; Herold & McNamee, 1982 ; Furstenberg, Shea, Allison, Herceg-Baron & Webb, 1983 ; Morrison, 1989 ; Hingson, Strunen, Berlin & Heeren, 1990 ; Siegel, Lazarus, Krasnocsy, Durbin & Chesney, 1991), pour Gispert, Brinish, Weeler & Krieger (1984), une attitude positive ne semble pas induire, pour autant, un comportement contraceptif correspondant ni même être un indicateur de l'usage de contraceptifs. Rosenberg et Waugh (1998) ajoutent que ni les variables démographiques (éducation, revenus, état civil, parité), ni les variables psychologiques (perception d'efficacité personnelle et de support social) ne représentent des variables prédictives d'une contraception efficace. Par ailleurs, Turcotte (1994) cite Gaudreau et Dupont (1991), Kageles *et al.* (1988, 1989), Pleck *et al.* (1990, 1991) pour comprendre cette absence de corrélation et montrent que bien que garçons et filles reconnaissent les qualités préventives du condom contre les MTS, le sida et les grossesses, ni les

connaissances, ni les attitudes, ni les normes ne sont en lien avec l'intention, l'utilisation et la constance dans l'usage.

Parallèlement, Harden et Willig (1998) évaluent aujourd'hui l'utilité de l'ensemble des modèles théoriques visant la prédiction des comportements en matière de santé comme extrêmement variable. Si l'application des approches socio-cognitives représente un préalable très utile pour établir le profil d'une population, pour cibler l'individu à risque et procurer ainsi une base essentielle pour les programmes d'éducation, les processus psychologiques engagés dans la régulation du comportement y seraient pauvrement spécifiés. Abraham et Sheeran (1994) l'expliquent en soulignant que le comportement sexuel demeure fondamentalement différent des autres comportements liés à la santé par son caractère essentiellement interactif. Le haut niveau d'émotion et d'excitation sexuelle qu'il comporte nécessite des habiletés de négociation et des réponses émotives différentes d'un individu à l'autre : une complexité incompatible avec les méthodes traditionnelles utilisées pour aborder l'objet. De ce fait, Oakley, Yu, Zhang, Zhu, Chen & Yao (1999) préconisent l'usage de recherches qualitatives pour comprendre le comportement contraceptif car les femmes elles-mêmes offrent des raisons plausibles pour expliquer leur conduite.

Certains chercheurs se sont ainsi tournés vers des approches visant à dépasser les cognitions internes de l'individu en examinant plutôt comment la culture, la société et l'histoire du sujet constituent le comportement. Kirkman, Rosenthal et Smith (1998) établissent ainsi comment les jeunes vivent l'amour et le sexe sur la prémisse d'une

construction sociale. Leurs résultats mettent en évidence l'existence d'explications romancées du comportement sexuel [*canonical narrative of romance*] où l'utilisation du condom pour des raisons contraceptives se montre compatible avec leur vision romantique du futur et confirme la virilité masculine : « *condoms for contraception can be justified within the romantic narrative because the possibility of children is a component of the logic of the plot* » (p.362). Cette perception expliquerait la non-utilisation du condom pour prévenir les MTS et le sida puisque la promotion du « sécurisexe » ne peut s'intégrer à l'intérieur d'une telle perception romantique.

De son côté, Dupont (1997) a étudié les représentations sociales des relations sexuelles parmi des garçons de 15 à 17 ans et a mis en évidence le fait que la prévention contraceptive et prophylactique n'est pas primordiale pour cette population. Le lien affectif, le plaisir sexuel, les pratiques sexuelles et les zones érogènes précèdent les représentations de la prévention. L'auteure cite également Hennessy (1994) qui insiste sur la compréhension de la signification de la sexualité pour comprendre les adolescents et qui dénonce la décontextualisation qui en réalité inhibe la conception et l'implantation de programme de prévention efficace.

Le projet-pilote de Forget, Bilodeau, Tétreault, Beaugard & Gagné (1994) intitulé *S'exprimer pour une sexualité responsable* vise la réduction du taux de grossesse à l'adolescence. L'étude sous-jacente montre que les représentations sociales de la sexualité contribuent à renforcer un double standard où l'intimité est liée aux filles tandis que la performance et la gratification sexuelle sont associés aux garçons. Échec

contraceptif et désir d'enfant y figurent d'ailleurs comme les deux principales causes de grossesse.

Selon l'interprétation où les premières expériences avec la contraception forment les bases des constructions sociales futures, les travaux d'Harden et Willig (1998) révèlent que les constructions personnelles vis-à-vis de la contraception sont toutes reliées à la sexualité : condom et pilule signifient « sexe ». La pilule serait toutefois associée à une sexualité différente, plus mature comparativement au condom davantage lié aux relations sexuelles fortuites. Deux représentations contradictoires y mettent en évidence les tensions à la base de l'usage des contraceptifs oraux : d'une part la prise de pouvoir sur son corps et sur l'expression de sa sexualité et d'autre part la honte vis-à-vis d'une activité sexuelle ainsi affirmée et préméditée.

Cette revue de la documentation disponible confirme qu'il est présentement utopique de vouloir expliquer le phénomène de la contraception par le seul contrôle de variables qui, dans la majorité des travaux, se présentent extirpées de leur contexte social. Il est admis que des comportements identiques d'un point de vue descriptif peuvent correspondre à des interprétations et significations personnelles tout à fait différentes et changeantes du point de vue social. Les significations ont une histoire construite sur des perceptions, des croyances et des actions : l'évaluation que l'on en fait et/ou qu'en font les autres peut difficilement être présentée ou interprétée selon un modèle mathématique.

L'histoire qui mène une adolescente à une grossesse ne peut être comparée à aucune autre et nous ne pouvons lui appliquer ni modèle fermé, expérimental et positiviste, ni théories standards, ni même croire contrôler l'ensemble des variables en cause. De plus, pour l'adolescente, évaluer son risque personnel en répondant à un questionnaire fermé demeure difficile, l'identité sexuelle de l'adolescence étant marquée d'ambivalence, de négation et de réserve. Le modèle de la science positive ne peut que difficilement tenir compte de la complexité des phénomènes, de l'incertitude, de la singularité et des conflits de valeurs. La sexualité adolescente représente une de ces situations singulières, instables et incertaines qui réclame une démarche différente, plus compréhensive.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Conformément aux assises conceptuelles précédemment mises en place, nous rappelons qu'une représentation sociale de la contraception présuppose une sorte de théorie élaborée par l'adolescente concernant la nature de la tâche à exécuter (se protéger contre les grossesses imprévues), les différents objectifs recherchés, de même que les moyens à mettre en place pour réaliser la tâche en question. Cette sorte de théorie conditionne son comportement, influence sa motivation, détermine son niveau de compréhension et son attitude.

Le sens que les adolescentes attribuent à la contraception constitue à cet effet un ensemble signifiant qui semble guider la lecture qu'elles font de la réalité. Le décodage de l'information reçue sur le sujet est orienté par les représentations sociales qu'elles élaborent et ces dernières médiatisent leurs attentes, guident leurs comportements de même que les interactions sociales dans lesquelles elles sont engagées. Selon cette perspective, nous nous sommes donné les objectifs d'identifier les représentations sociales des adolescentes sexuellement actives vis-à-vis de la contraception et d'analyser comment ces dernières viennent influencer le comportement sexuel.

3.1 UNE RECHERCHE EXPLORATOIRE QUALITATIVE

Les motivations inconscientes de la souffrance psychique ne s'expriment pas en chiffres ou en diagrammes (Ruffiot, 1989, p. 21).

L'orientation que nous nous sommes donné requiert une stratégie méthodologique spécifique puisqu'elle se centre sur le contenu et vise l'accès aux significations que les répondantes élaborent ainsi qu'à la formalisation d'un savoir concret et quotidien à l'intérieur d'un groupe particulier. Inspirés des travaux de Moscovici de même que de ceux de Jodelet (1989), Abric (1994), Clement (1994), Dupont (1994), Flick (1992) et Guimelli (1994), Anadon (1999) et Minier (1995), pour ne citer que ceux là, nous croyons que l'examen des stéréotypes, des préjugés, des attitudes, des opinions et des croyances à l'égard de la contraception mérite d'être envisagé dans une perspective compréhensive tenant compte de la vision du monde des acteurs confrontés à l'objet.

Selon Kaufmann (1996), une démarche compréhensive s'appuie sur la conviction que les hommes ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais des producteurs actifs du social, des dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur. Rendre explicite les grilles d'interprétation du réel et les modèles explicatifs des adolescentes vis-à-vis du besoin de se protéger d'une grossesse ne peut s'effectuer que dans la situation d'une enquête exploratoire ouverte et nullement dans la perspective de vérification d'hypothèses préalablement établies.

3.1.1 L'exploration des représentations sociales

Les méthodes proches de l'enquête visent à recueillir, en général grâce au discours de l'informateur, le contenu et la nature des représentations élaborées. En effet, ces dernières se construisent et se déconstruisent à l'intérieur de l'activité discursive des sujets et y laissent des traces que le chercheur peut identifier. Anadon (1999) traduit clairement cette démarche d'analyse en citant entre autres Vignaux (1988) pour expliquer les deux grandes perspectives d'approches des phénomènes langagiers. La première se préoccupe davantage de l'aspect indiciel du langage, c'est-à-dire du repérage des marques pouvant être considérés comme traces énonciatives. La seconde s'intéresse plutôt à la mise en contexte des énoncés structurés pour argumenter, persuader et convaincre l'auditeur.

La vie sociale se constitue ainsi à travers le langage : le fait de décrire, d'expliquer, de mettre en perspective et d'évaluer son vécu contribue à la construction des significations. L'expression orale oblige également l'articulation, la mise en forme, la création de liens et ainsi, la structuration du contenu. Pour préciser ce qu'il veut dire, le sujet doit en effet travailler linguistiquement sa pensée, construire un nouveau schéma cognitif et discursif de signification et finalement restructurer et reconstruire par le discours les objets du monde sous forme d'images, d'idées, de significations nouvelles qui prennent la forme d'arguments. Pour Vignaux (1988), tout discours peut être considéré comme « lieu » d'élaboration de nos procédures de cognition du monde et des autres.

Selon Abric (1994) qui cite Moscovici (1969), l'entretien approfondi ou compréhensif constitue, à l'heure actuelle, la méthode indispensable à toute étude sur les représentations. La richesse heuristique des productions discursives obtenues par l'entrevue réside dans ce qu'elle permet d'atteindre non seulement les aspects visibles des événements, les éléments fondamentaux de l'univers phénoménologique de l'informateur, mais aussi leurs significations sous-jacentes. Cette technique décrite par Tremblay (1968), représente une prise directe sur la construction sociale d'une réalité tant objective que subjective ; c'est également l'approche par excellence lorsque le phénomène appartient au passé, que l'observation systématique est impossible ou se rapporte directement à la reconstruction objective de l'événement. L'informateur s'y sent écouté et glisse vers un rôle central : il n'est pas seulement interrogé sur son opinion mais il possède un savoir précieux, que l'enquêteur n'a pas (Kaufmann, 1996).

L'entretien de recherche vise, à travers la construction du discours, la connaissance objectivante d'un problème, fut-il subjectif : c'est une des opérations de l'élaboration d'un savoir socialement communicable et discutable (Blanchet, 1987 : 84).

À l'égard des représentations sociales, cette technique de collecte de données d'interaction chercheur-participant permet d'avoir accès au contenu et aux attitudes des individus se traduisant dans l'argumentation par la mise en rapport entre le discours du sujet et les caractères effectifs de l'objet. Cette approche interprétative fut ainsi privilégiée dans les études de Jodelet (1989) sur les représentations sociales de la folie chez les membres d'une communauté française, de Kaes (1989) sur les RS de la psychanalyse dans une perspective clinique, de Minier (1995) sur les RS de

l'apprentissage chez les parents et enseignants, de Gauthier (1995) sur les RS de la science chez les étudiants de niveau collégial et de Dupont (1997), sur les RS des relations sexuelles chez les garçons, et ce afin d'accéder de l'intérieur à cette vision du monde étudié.

3. 1.2 Une approche combinée : l'entrevue semi-dirigée et la narration

En ce qui concerne la présente investigation toutefois, une particularité notable ayant par ailleurs fait l'objet d'une partie du cadre de référence théorique se rapporte au type de population à l'étude : des adolescentes. Les caractéristiques spécifiques de ce groupe distinct, principalement en ce qui concerne l'immaturation de la pensée, posent un certain défi face au choix méthodologique. En effet, les expériences et événements auxquels des jeunes filles devront se référer correspondent d'une part à une période de changements intenses et, d'autre part, à un niveau de maturation marqué par un mode de pensée concret lui-même caractérisé par des capacités d'abstraction et d'analyse limitées. De surcroît, le thème abordé renvoie à une des dimensions les plus intimes et les plus complexes chez l'homme : la sexualité. Il s'agit en fait de révéler l'un des aspects le moins évident et le moins apparent de soi. L'embarras, la pudeur de même que l'expérience réduite de ces jeunes filles représentent autant d'obstacles supplémentaires au recueil de données par des techniques interactives.

Pour toutes ces raisons, il apparaît souhaitable de combiner l'utilisation d'une seconde technique issue de l'approche biographique à celle de l'entrevue semi-dirigée ; technique qui consiste principalement à amener l'adolescente à *raconter* certaines parties jugées plus intimes ou complexes de l'expérience vécue. Comme Greimas (1976) le souligne, la narration est une forme d'expression humaine fondamentale et en même temps la plus naturelle :

Elle permet à l'homme de se penser et de penser le monde, en enrichissant, par d'immenses et infinies métaphores qu'il développe grâce à la narrativité, son univers de signification (p.205).

Les efforts déployés pour comprendre et mettre en mots son expérience conduisent à une prise de conscience et à de nouvelles découvertes qui appellent à leur tour de nouvelles réflexions, tout en permettant l'expression et la libération d'émotions. Parallèlement, mettre en ordre les événements qui parsèment une trajectoire c'est aussi leur donner un sens, une direction, puisque la narration repose sur un souci de cohérence et de cohésion (Guillaume, 1998). Parce qu'elle renvoie à des moments dans le long processus pratique qui est la vie d'un être humain et non pas à un comportement isolé, la narration peut représenter pour ces jeunes filles une alternative qui saura restreindre une partie des barrières précédemment soulevées, tout en permettant de mieux saisir les pratiques et les significations.

Conformément à la théorie moscovicienne, il s'agit aussi de recueillir le social événementiel, son sens et son impact sur les individus puisque la perception qu'un acteur élabore d'une situation donnée constitue pour lui la réalité de cette situation. Dans

l'ethnobiographie, la personne est considérée comme le miroir de son temps, de son environnement (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1993 : 226). C'est donc à la fois dans un souci de visée holistique et dans une préoccupation de compréhension que s'inscrit cette approche combinée.

3.1.3 L'organisation technique et thématique

L'entrevue semi-dirigée représentait ainsi l'instrument adopté pour la saisie des données concernant les représentations sociales des adolescentes vis-à-vis de la contraception. Le canevas qui permettait d'orienter la conversation vers les grands thèmes de l'étude est présenté en annexe I et s'organise grossièrement de la manière suivante : 1) la perception de l'adolescente vis-à-vis de l'éducation sexuelle et de l'information reçue tant à l'école, à la maison que par le biais des pairs et des différents médias ; 2) le vécu concernant l'initiation à la sexualité et la vie sexuelle active ; 3) la place de la contraception, sa représentation et le contexte qui entoure son utilisation.

Par ailleurs, un questionnaire d'identification introduisait l'entrevue et visait simplement à préciser quelques données factuelles dont l'âge, le niveau de scolarité, l'occupation des parents, l'âge des premières menstruations ainsi que l'âge de la première relation sexuelle. Ces informations étaient utiles pour élaborer le profil socioculturel des sujets à l'étude. Les jeunes filles étaient invitées à noter l'âge de la

grossesse si c'était le cas et la décision qu'elles avaient prise face à cet événement déterminant. L'instrument est représenté à l'annexe II.

3.2 DÉTERMINATION DE L'ÉCHANTILLON

L'usage de l'entretien présuppose que l'objet thématique de la recherche est analysé à travers l'expérience et la perspective subjectiviste qu'en ont un certain nombre d'individus (Blanchet, 1987). Contrairement à l'étude expérimentale, la recherche exploratoire opère en une construction progressive de l'échantillon plutôt qu'en une quête de l'échantillon dit statistiquement représentatif. La représentativité de l'échantillon demeure donc de type théorique et dépend de l'évolution de la recherche. Les enjeux de validité et de compréhension du phénomène se réalisent en tentant de couvrir la variété des témoignages possibles. Les questions fondamentales proposées par Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut (1993) procurent les bases essentielles en matière d'échantillonnage : qui va-t-on interroger et pourquoi? Qui va-t-on exclure et pourquoi? Où va-t-on trouver les sujets de l'enquête?

3.2.1 Les acteurs engagés

L'adolescente active sexuellement représente l'acteur social de la présente étude soit un sujet pensant et agissant qui appartient à un groupe social précis à un moment

donné de son histoire (Bertaux,1997). Si nos jeunes filles âgées entre 17 et 20 ans demeurent les plus susceptibles d'avoir eu quelques expériences avec la contraception et la sexualité (45 %), la sélection de sujets vers la fin de l'adolescence repose davantage sur la présomption d'une maturité cognitive plus achevée qu'au début de la nubilité et, par conséquent, d'une meilleure compétence pour la pensée formelle. Rappelons ici que le sujet devra mettre sa propre expérience à distance, la juger, l'expliquer, la justifier : des processus cognitifs supposant une aptitude à l'analyse, à la synthèse et à l'élaboration de concepts.

En contrepartie, l'âge limite fixé à 20 ans rapprochait chronologiquement l'entrevue de la période initiatique qui nous intéressait. Bertaux (1971/1976) prétend qu'aucun événement, aucune scène, aucune expérience n'est en soi inoubliable ou « oubliable » et que « c'est le sens de chaque expérience, de chaque relation, de chaque fait qui détermine son inscription [...] dans la mémoire. » (p.118). Les souvenirs seraient ainsi mémorisés selon leur champ de signification et non selon l'ordre chronologique des expériences vécues. Malgré cet avis, il n'y a guère eu d'expérimentations systématiques sur la question de la mémoire à long terme et il demeure raisonnable de croire que le temps écoulé de même que le vécu subséquent peuvent estomper les contours de l'expérience et affaiblir les charges cognitives et affectives associées aux circonstances et événements. Cette dilution représente une perte d'information que nous jugeons appréciable dans le cadre d'une étude portant sur les représentations sociales.

3.2.2 Le choix d'adolescentes ayant été confrontées à une grossesse

Chaque personne éprouve le monde de la vie quotidienne comme naturel et n'abandonne cette certitude qu'après avoir expérimenté un « choc spécifique » qui l'oblige à déplacer l'accent de la réalité (Guillaume, 1998 : 49). Grâce à l'immaturation cognitive de l'adolescence qui se distingue entre autres par la pensée magique et l'illusion d'invulnérabilité, la jeune fille réussit à se croire à l'abri d'éventuelles conséquences fâcheuses puisque seuls comptent le présent et la satisfaction des besoins immédiats. Lorsqu'ainsi survient une grossesse malgré le déni instauré, l'événement brutal impose un travail de reconstruction qui vient remettre en cause les certitudes passées et bousculer l'image de soi.

Pour Guimelli (1994), un changement au plan des idées doit être inévitablement et invariablement précédé d'un vécu au plan des pratiques. La grossesse apparaît souvent comme un de ces événements dans la vie d'une femme ou d'un homme qui remet en cause toute l'organisation de l'existence, qui interroge sur la façon d'envisager la vie et l'avenir et qui oblige à aller au plus profond de soi pour réfléchir sur ses véritables priorités. Cette prise de conscience est susceptible d'ébranler les croyances et les convictions de l'adolescente et de la contraindre à réévaluer son propre cadre conceptuel. L'expérience apporte de ce fait un lot de réflexions, de raisonnements et de compréhension du phénomène qui devrait enrichir les données de recherche.

En résumé, le choix de rencontrer des adolescentes ayant été confrontées à une grossesse imprévue repose principalement sur un souci d'enrichissement et de pénétrabilité des significations. Ces jeunes filles possèdent une compétence directement pertinente en regard de la problématique choisie et elles augmentent la crédibilité de l'étude.

Il est à noter que cet éventuel cheminement personnel n'altère pas la représentation sociale en soi puisque l'événement est intime, individuel et ne touche pas l'ensemble social concerné. Une RS ne sera réellement transformée que si le noyau central l'est. Seul l'apparition d'événements considérés par un groupe comme alarmants, susceptibles de menacer son organisation actuelle ou dangereux pour sa survie, peut provoquer l'émergence de pratiques nouvelles qui peuvent être imposées de l'extérieur, ou bien que le groupe s'impose lui-même pour s'adapter à la situation nouvelle (Bertaux, 1997 : 172).

En outre, puisque 60% des adolescentes québécoises qui deviennent enceintes font le choix d'interrompre leur grossesse par l'avortement, une partie de ces jeunes filles auront opté pour cette alternative. Entrer en contact avec cette population pose toutefois d'importants obstacles méthodologiques voire éthiques. Encore aujourd'hui, la question de l'avortement demeure l'une des questions morales et légales les plus controversées de notre époque. Le sujet demeure suffisamment épineux pour justifier une grande discrétion vis-à-vis de ces services et l'ostracisme social continue d'entourer cet événement de clandestinité. L'expérience, plus souvent qu'autrement, est donc tenue

secrète : les confidents demeurent rares et triés sur le volet. La décision s'accompagne généralement de sentiments de culpabilité et de honte et, dans ce contexte, vaincre les résistances naturelles qui se présentent inéluctablement en raison des liens directs de l'objet d'étude avec l'avortement symbolise de nombreuses barrières à surmonter.

Pour obtenir la collaboration de ces jeunes filles, il est fondamental qu'elles se sentent en sécurité face à l'interlocuteur et qu'elles soient convaincues de la plus stricte confidentialité du processus de recherche. En tant qu'infirmière œuvrant auprès des femmes confrontées à une grossesse imprévue, nous établissons avec la clientèle une relation de confiance fondée sur le respect et l'acceptation. L'adolescente qui fait le choix d'interrompre sa grossesse est ainsi écoutée et soutenue pendant cette période de grande vulnérabilité, d'isolement et de confusion. Le rapport étroit ainsi construit entre la professionnelle de la santé et la cliente représente donc la clé que nous utiliserons pour contacter discrètement cette population, apaiser les inquiétudes et réticences et ainsi obtenir leur participation.

De plus, et afin d'assurer la validité des données par la variété des témoignages possibles, nous prévoyons rencontrer des jeunes mères ayant choisi de poursuivre leur grossesse de même que des adolescentes n'ayant jamais été confrontées à l'échec contraceptif. Ces expériences et schèmes de conduites différents à l'intérieur du même groupe social permettront de reconsidérer les lectures interprétatives construites au cours de l'étude à partir des observations et réflexions fondées sur les récurrences.

3.3 LE CONTRAT DE COMMUNICATION

Afin de bien préciser le cadre de pertinence des propos tenus tout au long de l'échange avec les interlocutrices, il apparaît essentiel de bien les informer sur les objectifs recherchés, les modalités privilégiées ainsi que les enjeux en place. Pour ce faire, l'interviewer tenait relativement ces propos lors du premier contact téléphonique avec le sujet de même qu'avant tout entretien :

Je termine une maîtrise en éducation à l'université du Québec à Chicoutimi et j'effectue une étude sur la contraception. Je recherche des filles entre 17 et 20 ans qui accepteraient de me parler de leur expérience sur le sujet. Mon but est de mieux comprendre ce que vous vivez par rapport au besoin de vous protéger d'une grossesse. Je veux savoir ce que cela exige, les difficultés rencontrées, ce que vous en pensez, ce que vous en savez : toutes ces réponses qu'on ne trouve pas dans les livres. J'aimerais cerner ce qui explique vos choix et vos comportements en matière de sexualité et de contraception pour mieux aider et peut-être mieux prévenir les grossesses.

Si tu acceptes de m'aider, cela veut dire :

1. Une rencontre avec moi, tout à fait confidentielle, pour une durée d'environ une à deux heures, de préférence dans mon bureau pour éviter d'être dérangées.
2. Un retour sur ton expérience personnelle avec la contraception et la sexualité.

3. L'enregistrement de l'entrevue sur magnétophone pour me permettre de mieux t'écouter.

** (facultatif) J'ai aussi pensé à toi parce que je choisis également des adolescentes qui sont devenues enceintes sans le vouloir. Je les choisis parce que je pense qu'un événement comme celui-là peut être bouleversant, qu'il remet bien des choses en question et qu'il peut amener une réflexion que les autres ne font pas. Je t'ai donc choisi parce que je pense que tu as quelque chose de plus que les autres, un regard différent et plus profond sur la contraception en général.*

3.4. DÉTERMINATION FINALE DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillonnage retenu est choisi et délimité par saturation théorique et il ne peut prétendre à la représentativité de la population d'enquête quantitative. Ce type d'échantillonnage permet au chercheur de relier directement son matériel d'enquête au processus analytique et au développement de la théorie (Lacourse, 1991).

Afin de mener à bien cette étude, douze (12) jeunes filles entre 17 et 20 ans furent interviewées. Huit (8) d'entre elles avaient fait l'expérience d'une grossesse imprévue dont six (6) avaient opté pour l'avortement et deux (2) étaient mères d'un enfant de moins d'un an. D'une durée approximative d'une heure, les entrevues se sont majoritairement déroulées en milieu de travail soit au CLSC le Norois, exception faite

pour les deux jeunes mamans visitées à domicile. Dans un dernier temps, quatre (4) adolescentes sans expérience d'échec contraceptif ont également été rencontrées.





Par souci de confidentialité, des noms fictifs choisis par les adolescentes elles-mêmes remplacent les noms véritables. La totalité des entrevues étaient enregistrées sur bande magnétique puis entièrement transcrites afin d'en conserver les témoignages de façon intégrale. Les extraits du discours des adolescentes qui appuient la description des résultats obtenus portent une codification spécifique dans le texte (exemple : Any-Pier, 1 : 32) qui réfère d'abord au prénom choisi par la répondante, au numéro de l'entrevue selon l'ordre d'exécution et finalement au paragraphe à l'origine la citation.





Comme précisé au préalable, les sujets confrontés à l'échec contraceptif étaient des clientes connues avec qui une relation de confiance s'était construite, une situation qui autorisait le contact téléphonique direct. Il est à noter que toutes les jeunes filles de cette catégorie ont accepté avec empressement de collaborer à l'étude car elles affirmaient y entrevoir une opportunité pour comprendre et peut-être justifier les événements qui les avaient menées à la grossesse. Une brève parenthèse ici pour souligner les difficultés d'organisation éprouvées avec ce type de clientèle adolescente.

En effet, les relances devaient parfois se répéter à plus d'une occasion puisque les jeunes filles oubliaient complètement de se présenter au rendez-vous fixé ou qu'un événement inattendu les distrayait, et ce sans qu'elles pensent à prévenir pour autant. L'expérience répétée a permis d'améliorer l'organisation des rencontres en prenant soin d'ajouter un rappel téléphonique la veille ou le matin de la rencontre.

Les jeunes mères choisies ont fait l'objet d'une référence de la part de l'organisme communautaire *La Nichée*, un service qui offre « marrainage » et support aux mères de moins de 25 ans. En ce qui a trait aux quatre adolescentes n'ayant connu aucun échec contraceptif, ces dernières avaient pris connaissance d'une affiche située au bureau de l'infirmière de leur établissement scolaire et ont manifesté elles-mêmes leur intérêt pour la démarche. L'affiche en question contenait le message suivant : « *Recherche jeunes filles entre 17 et 20 ans n'ayant jamais fait l'expérience d'une grossesse et qui accepteraient de participer à une entrevue dans le cadre d'une étude sur la contraception* ». Le tableau de la page suivante offre une vue d'ensemble des caractéristiques des répondantes ayant participé à l'étude, selon les réponses au questionnaire d'identification complété en début d'entretien (annexe II). La légende suivante précise la signification des thèmes et icônes employés.

VUE D'ENSEMBLE DES RÉPONDANTES

#	CODE	ÂGE	NIVEAU DE SCOLARITÉ	TYPE D'ÉTUDE EN COURS	OCCUPATION MERE	OCCUPATION PERE				
1	Any-Pier	18	Cégep 1	Arts-Lettres	Libraire	Commis	14	15	17	I
2	Anais	18	D.E.P.	Coiffure		Soudeur	13	15	17	I
3	Allison	18	Sec. V	Ed. Adultes	Garderie	Soudeur	13	14	18	I
4	Alexandra	18	Sec. V	Académique	Barmaid	Papetier	12	12	15	I
5	Brigitte	18	Sec. V	Académique	Enseignante	Marin	12	14	15	I
6	Isabelle	18	Sec. V	Académique	Garderie	Cuisinier	12	14	14	I
7	Marie	19	Sec. IV	Abandon	Serveuse	Sans emploi	12	14	17	P
8	Jessica	20	Sec. III	Abandon	Sans emploi	Camionneur	12	14	18	P
9	Jacynthe	18	Sec. IV	Académique	Secrétaire	Opérateur	11	15	N	N
10	Sara	17	Sec. III	Pré-FP3	Vendeuse	Opérateur	13	15	N	N
11	Kimberly	17	Sec. III	Académique	Cuisinière	Camionneur	14	16	N	N
12	Marie-Josée	17	Sec. III	Pré-FP3	Caissière	Camionneur	12	15	N	N

LÉGENDE : # : séquence des entrevues ; **Code** : identification choisie par la répondante ; **Âge** : âge au moment de l'entrevue ; **Scolarité** : niveau atteint par la candidate ;  : âge de la ménarche,  : âge du coïtarche ;  : âge de la grossesse ;  : choix au moment de la grossesse soit : (I) pour interruption de grossesse, (P) pour poursuite de grossesse et (N) pour les répondantes sans échec contraceptif.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

L'information, premier aspect des représentations sociales que son fondateur nous propose d'explorer, comprend quatre éléments : les connaissances, les valeurs, les attentes et les anticipations. Les adolescentes détiennent un ensemble de savoirs concernant la contraception et partagent certaines croyances communes. Nous en examinerons d'abord les sources puis la nature en ce qui a trait à la fertilité, à la physiologie reproductive ainsi qu'à la contraception elle-même.

L'examen des *valeurs* permettra ensuite de faire ressortir l'ensemble des croyances, des aspirations, des options, des idées, des sentiments et des principes dans lesquels se reconnaissent et par lesquels s'expriment les membres d'une collectivité (Legendre, 1993). Cité également dans le Dictionnaire de l'Éducation, la typologie des démarches socio-affectives D'Hainaut (1985) décrit l'*anticipation* ou la formation d'une *attente* comme une démarche qui consiste à ressentir « affectivement » comment une situation pourrait évoluer ; c'est une conviction non pas sur ce qui est mais sur ce qui sera. Événio (1998) pour sa part, fait une distinction entre les deux concepts. Il soutient que l'anticipation réfère à l'action d'imaginer des situations, des événements futurs, de supposer ce qui va arriver et d'y adapter à l'avance sa conduite, tandis que l'attente correspond davantage à un souhait non formulé.

En comparaison, l'attitude réfère davantage à une disposition à agir ou à réagir face à un objet, une disposition acquise et non fortuite qui peut être spécifique ou générale, verbale ou comportementale. Samson et Lévy (1988) qualifient ainsi les valeurs en *éléments désirables*, et les attitudes en *éléments désirés*.

Il est d'ores et déjà évident que les différents concepts listés ci-dessus se fondent entre eux et que même leurs définitions respectives ne parviennent pas toujours à les distinguer. Pour cette raison et aussi afin de faciliter la lecture, la présentation des résultats abordera ces éléments à forte composante émotive sans chercher à les décomposer ou les départager de façon stricte. Les études sur les représentations sociales reconnaissent l'intrication du social, du cognitif et de l'affectif et cette partie visera principalement à présenter les liens entre le discours des jeunes et la réalité objective de l'objet.

Il semble également utile de rappeler que nos interviewées font principalement référence à une période coïncidant au début de leur adolescence, une étape déjà décrite comme marquée par l'immaturation de la pensée. Cette spécification revêt une importance toute particulière dans la présentation et l'interprétation des résultats et devrait être constamment conservée à l'esprit du lecteur de même que le fait que la population étudiée concerne des adolescentes actives sexuellement.

4.1 L'INFORMATION

Une certaine ambiguïté se manifeste dès la toute première entrevue vis-à-vis de l'interprétation du vocable « contraception ». Les commentaires hasardeux des jeunes en rapport avec l'information recherchée témoignent de significations divergeantes de part et d'autre.

Parce que tu sais c'est bien beau, ils nous disent de prendre une contraception mais une contraception contre quoi là ? On ne sait pas, on... C'est sûr qu'on s'en doute... (Any-Pier, 1 : 80)

De façon spontanée, le terme contraception se voit précisé par l'interviewer par le « besoin de se protéger d'une grossesse ». Cette formulation a l'avantage de créer explicitement un lien entre la grossesse et la mise en place de mesures ou de comportements pour l'éviter et permet ensuite à l'émetteur et au récepteur de travailler dans le même sens et d'améliorer ainsi l'efficacité des échanges. Cette concision réduit également l'indifférenciation cognitive qui transparait régulièrement entre la notion de risque de grossesse et celle de risque de MTS. Cette indifférenciation se traduit par la transmutation des thèmes à l'intérieur du discours :

Mais quand on nous parlait de contraception là, comme à l'école, c'était souvent la contraception contre les maladies. (1 : 91) [...] Peut-être d'être plus informés sur le fait qu'il y a des contraceptions et que la contraception est là pour la grossesse aussi, pas juste pour les MTS là. (Any-Pier, 1 : 251).

4.1.1 Sources de l'information

Les connaissances acquises sur le terrain, c'est-à-dire par la pratique jointe à l'observation, constituent l'apprentissage le plus significatif. Les jeunes montrent une grande soif d'expérimentations nouvelles à cet âge des grandes premières et elles en sont vraisemblablement conscientes. Mise à part cette matière première de la connaissance

humaine, l'école se révèle la première source d'information sur la santé sexuelle, suivie des professionnels de la santé, des parents et des amis.

4.1.1.1 L'information à l'école

L'appréciation de l'enseignement reçu concernant la prévention sexuelle en milieu scolaire varie largement selon les interlocutrices. Quoique les jeunes filles proviennent d'une même région et que les établissements scolaires s'appuient sur des curriculums approuvés et recommandés par le ministère de l'Éducation, il est troublant de constater l'écart entre celles qualifiant l'information reçue de considérable et celles la jugeant au contraire rare et limitée. Plus troublant encore de réaliser que celles qui prétendent qu'on en parle partout et souvent témoignent simultanément d'un manque, d'une carence qu'elles ne peuvent caractériser...

En terme de masse d'information, les séances traitant de la prévention des MTS et tout particulièrement du VIH-sida sont considérées très prédominantes. Les jeunes notent cependant, que la fréquence des activités d'information diminue régulièrement à mesure qu'elles avancent dans le secondaire et donc en âge, comme en témoignent les extraits suivants :

Puis moi ça fait trois ans que je n'en avais pas eu des cours comme ça. Fait que justement, pendant ces 3 ans, il a pu se passer plein de choses puis c'était là le moment où j'ai eu mes

premières relations sexuelles et c'est dans ce moment là que je n'en ai pas eu tu sais. Alors on en entend pas parler souvent. (Kimberly, 11 : 36).

Plus tu vieillis, moins ils se permettent de te donner des conseils. Probablement qu'ils supposent que tu es assez vieux pour prendre tes... responsabilités. (Anaïs, 2 :4).

Si l'ensemble des sujets se souvient remarquablement de l'infirmière exécutant la démonstration du condom, elles ne peuvent toutefois décrire la nature du contenu qui y était associé, les manifestations ou même le nom des maladies qu'il permet d'éviter, exception faite du sida. La quantité d'interventions pédagogiques traitant de la contraception et du risque de grossesse demeurerait bien inférieure aux activités touchant les maladies transmises sexuellement ; en fait les jeunes filles ne peuvent spécifier le moment ou le contexte où elles auraient obtenues de l'information spécifiquement reliée à la contraception. Au surplus elles estiment carentielle l'importance accordée aux conséquences fâcheuses associées à la grossesse et aux MTS, et ce surtout si elles ont dû y faire face. En dépit de cela, les jeunes filles confrontées à une grossesse imprévue n'accusent pas directement l'insuffisance d'information de leur malheur comme illustré par les dires d'une répondante :

Peut-être que moi ça m'a moins rentré dans la tête, je ne sais pas. Ils en parlaient mais moi je trouve que ce n'était pas assez. (Allison, 3 :103)

L'infirmière scolaire représente une ressource connue et utilisée par les adolescentes rencontrées. Cette intervenante diffuse occasionnellement de l'information en santé sexuelle aux étudiants selon la demande des enseignants, et majoritairement dans le cadre des cours de FPS (Formation Personnelle et Sociale). Toutefois, son aide

semble appréciée davantage sous forme de consultation individuelle en raison du contact direct et personnalisé, de la neutralité ainsi que la confidentialité qu'elle garantit. Vraisemblablement, la particularité de l'adolescence de vivre dans l'immédiat pourrait ici interférer avec le degré de satisfaction et la rétention d'information manifestée puisqu'elles peuvent la consulter relativement au moment où elles en ressentent le besoin.

4.1.1.2 L'information à la maison

De façon générale et plutôt inattendue, les représentations des jeunes filles sexuellement actives tendent à indiquer une insuffisance d'implication des parents pour ce qui est de l'éducation sexuelle. Il est en effet déconcertant d'apprendre que certaines n'avaient même pas entendu parler de leurs futures menstruations dans le milieu familial. Le discours des adolescentes reflète sans contredit l'inquiétude et les préoccupations parentales mais surtout leur gêne et leur inhabileté à intervenir. La mère conserve encore aujourd'hui le statut de maître d'œuvre en la matière mais les approches demeurent rares et souvent lourdes d'embarras. Les premières approches surviennent généralement au début des fréquentations avec l'autre sexe, lorsque le parent décèle ou admet le risque potentiel de relation sexuelle. Les tentatives varient de conseils isolés, aux mesures de surveillance accrues, jusqu'à l'imposition impérieuse d'une contraception orale. Le vrai dialogue semble exceptionnel pour ce groupe et les

réactions souvent négatives du jeune vis-à-vis des tentatives parentales semblent susceptibles de décourager les plus hardis.

Ils sont inquiets mais ils ne savent pas comment s'y prendre. Je me rappelle mon premier chum stable, ma mère m'a prise tout de suite un rendez-vous chez le médecin. Je ne savais même pas pourquoi! Elle ne m'en avait même pas parlé durant tout le trajet pour se rendre chez le médecin. Moi j'essayais de savoir pourquoi on allait là et on est arrivé là-bas et elle m'a dit que c'était pour mes pilules. Ma mère est mal à l'aise avec ça. Mais elle est inquiète je le sais. (Kimberly, 11 : 6).

Non, je n'aimais vraiment pas ça quand ma mère me parlait de contraception ou de grossesse ou quoi que ce soit, je n'étais pas à l'aise avec elle... Je ne l'écoutais pas, je parlais quand elle commençait à parler de cela, ça m'énervait. Je ne sais pas pourquoi... (Any-Pier, 1 :192).

La description que font les répondantes des réactions parentales montre toutefois qu'elles sont conscientes du déchirement parental entre l'inquiétude de ce qui pourrait leur arriver, le désir de maintenir la relation avec leur fille et l'impuissance à intervenir efficacement auprès d'elles. Réciproquement, les participantes exprimaient souvent malaise et réticences à discuter de prévention avec le parent, en grande partie parce qu'elles ne conçoivent pas la pertinence de toutes leurs appréhensions. La découverte de la sexualité ne présentait en effet aucun risque réel pour ces dernières. Nous décrivons plus avant leurs représentations de la sexualité et cette absence de perception du risque de grossesse mais relevons dès maintenant l'expression du sentiment d'invulnérabilité déjà associé à la puberté. Par ailleurs, la crainte de mesures coercitives représenterait une autre puissante motivation à éviter la confrontation puisqu'une confirmation involontaire des inquiétudes parentales pourrait entraîner la perte de certaines libertés et avantages.

Ne pas en parler aux parents... pour ne rien perdre là. (Kimberly, 11 : 134).

Il semble qu'un nombre réduit de parents acquiert avec le temps et l'expérience (et bien entendu le vieillissement de leur progéniture) une certaine finesse pour aborder le thème de la prévention. Toutefois, les propos sur la sexualité humaine, à l'exception d'allusions et de plaisanteries, demeurent un chapitre qu'il semble toujours malaisé d'évoquer. Malgré cela, les entretiens démontrent clairement que ces jeunes filles croient en l'importance du rôle parental dans l'éducation sexuelle et apprécieraient qu'il soit plus prédominant.

[...] Trouver une façon de plus en parler... Que le sujet soit moins tabou, que ce soit plus ouvert, surtout dans les familles c'est important là. Que les parents en parlent et encouragent les jeunes à se protéger parce que bien souvent ce sujet là est tabou. Chez nous il était très tabou et c'est plate. (Allison, 3 :88).

Ils sont inquiets mais ils ne savent pas comment s'y prendre.(11: 8) Je ne voulais pas lui dire à elle [menstruation], j'étais gênée, j'avais honte, et de même pour tous les symptômes de l'adolescence. Ce n'est même pas à ma mère que j'en ai parlé parce que justement je sentais qu'elle avait comme peur, qu'elle n'aimait pas ça, je ne sais pas. (Kimberly, 11 : 32).

4.1.1.3 L'information par les pairs

Les amies, à l'opposé des partenaires sexuels, sont habituellement du même âge et vivent des expériences communes relativement de même niveau. En ce sens les pairs ne constituent pas, selon les répondantes, une source d'information profitable en ce qui concerne la prévention de la grossesse ou même des MTS, et ce malgré l'influence

irréfutable qu'ils exercent sur les choix et les comportements surtout au début de la puberté.

En construction d'identité, les jeunes adolescentes observent, essaient et adoptent les valeurs, les attitudes et les conduites du groupe. Le groupe représente la norme sociale. Les conversations traitant de sexualité demeurent néanmoins à un niveau très superficiel. Si on parle de pilule, on parle davantage de ses « effets indésirables » ; si on parle de relations sexuelles on ne parle pas de l'intimité, on parle « sexe », mais encore là sans exprimer les émotions qui s'y rattachent. La prévention et les recommandations n'ont pas leur place dans les propos et demeurent sans intérêt.

Entre amies on niaise, on ne parle pas vraiment. (Marie-Josée, 12 : 88).

4.1.1.4 Les autres sources d'informations

Tel que souligné à l'intérieur de la problématique, si entre 13 et 15 ans les adolescentes ont passablement écouté la télévision, elles estiment cependant que mis à part quelques rares séries s'adressant spécifiquement à la jeunesse, peu d'images et de messages tiennent compte de la prévention sexuelle. Pire, elles en constatent l'antithèse car ce sont plutôt les risques qui y sont censurés au sens où la passion, l'aventure et le désir demeurent les vedettes de l'écran. Les propos des jeunes filles traduisent cette représentation :

Il y a la TV, il y a plein de choses là, mais ce qu'on voit à TV là [rire], c'est pas tout le temps euh... ça fait peur aussi quand tu l'as jamais fait tu sais. (AnyPier, 1 : 80).

On vit tellement par rapport à la télé aujourd'hui... mais c'est rare que tu les vois développer un condom avant de passer à l'acte. Tu ne les vois pas se demander de contraceptifs non plus. (Anaïs, 2 : 8).

Les services de planification des naissances offerts en CLSC sont connus par les répondantes et parfois utilisés comme ressources pour obtenir de l'information mais plus rarement au début de l'adolescence. La principale raison de consultation demeure curative c'est-à-dire à la suite d'une relation non protégée, d'un retard menstruel ou de symptômes inquiétants. De même, le médecin est nommé, dans leur discours, pour les mêmes raisons de prévention secondaire ainsi que pour obtenir la première prescription de contraceptifs oraux.

4.1.2 La nature des connaissances

Le peu de connaissance des garçons en matière de physiologie reproductive et de contraception mis en évidence par Turcotte (1994) se vérifie dans la présente étude qui ne peut qu'en réitérer le constat au féminin. Quoique certaines admettent avoir entendu parler de fécondité et d'ovulation dans le cadre d'un cours de biologie, ces notions demeurent très nébuleuses pour ces jeunes filles concentrées sur l'immédiat et ayant bien de la difficulté à déterminer la date de leurs dernières menstruations.

Ils [les enseignants] ne parlaient pas de périodes dangereuses mais plus des femmes qui veulent tomber enceinte, comment tomber enceinte, dans quelle période, ils montraient ça. Je me rappelle qu'ils le montraient mais je ne sais pas comment faire, exactement où...J'ai pas compris ça. Je ne sais pas s'il y a quelqu'un qui a compris. (Marie, 7 : 104).

Ce déficit en connaissances de base pourrait expliquer en partie comment elles peuvent conclure si promptement à leur incapacité personnelle de concevoir. En effet, ignorant le calcul de probabilité en matière de fertilité, l'absence de suites fâcheuses après négligences contraceptives les amènent hâtivement à se juger infertiles et à abandonner ainsi toute inquiétude de grossesse.

En somme, le risque de devenir enceinte semble fréquemment rationalisé selon une logique d'apprentissage faussée par l'expérience. Une première relation non protégée ou l'oubli consécutif de pilules créeraient à la base un degré plus ou moins important d'anxiété probablement liée aux connaissances préalablement acquises. Toutefois, l'absence de contrecoup immédiat aurait l'effet pervers de rassurer l'adolescente, de dédramatiser ses peurs initiales. Les négligences subséquentes à nouveau sans conséquences renforcent à chaque fois l'hypothèse du « *cela ne peut pas m'arriver à moi* », et ainsi la crainte du départ s'estompe progressivement pour parfois disparaître complètement comme le montrent les exemples suivants :

Moi je peux te dire que de 12 à 15 ans, je n'ai jamais pris de moyens de contraception, jamais, jamais. Je me disais qu'il y avait du monde qui essayait pendant 10 ans d'avoir des enfants. Ça ne pouvait pas m'arriver. (Alexandra, 4 : 22).

J'ai fait l'amour trois fois par jour pendant trois mois et je n'étais pas enceinte donc je devais être stérile! Trois mois après, Bang! J'étais enceinte. (Brigitte, 5 : 36).

Mais je ne suis jamais tombé enceinte! Malgré que je ne prenais pas ma pilule comme du monde, je ne suis jamais tombée enceinte. J'aurais eu bien des occasions tu sais, je l'oubliais tout le temps et jamais je ne suis jamais tombé enceinte.....alors je me sentais quasiment ... Bah! Je me sentais quasiment infertile. (Anaïs, 2 : 22).

J'ai tellement passé de tests de grossesse ça n'a pas d'allure! (75) [...] Tu te montes comme une fausse confiance en ça, en ce que tu ne peux pas, que ça ne peut pas t'arriver. C'est comme un genre d'assurance que tu te montes, que tu t'appropries parce que ça fait ton affaire. Je n'ai pas tombé enceinte ce coup là, pourquoi faire attention? (Allison, 3 : 84).

Le même parallèle s'applique par ailleurs pour le risque de maladies sexuellement transmissibles. Au début de leurs activités sexuelles, elles admettent que les MTS représentent une menace à leur intégrité, surtout par rapport au sida dont elles ont entendu plus régulièrement les histoires et les témoignages dramatiques à l'école et à la télévision. Toutefois, ne pouvant avec le temps et l'expérience en confirmer la réalité puisque « *personne n'a de MTS* », elles nient rapidement leur existence. Même le sida devient rapidement un problème des grands centres (un phénomène plus ou moins validé par ces visites de personnes séropositives venant de loin), et l'apanage exclusif d'individus ciblés « à risque » tels les prostitués, les utilisateurs de drogues injectables ou les homosexuels. Le risque est connu, admis, mais il ne s'applique pas pour elles qui prennent soin de « choisir » leurs partenaires et ont l'avantage de vivre dans une localité qu'elles jugent éloignée de ces abominations.

Enfin, même si quelques adolescentes estiment la prévention suffisamment inculquée, toutes dénoncent une carence dans l'information touchant les diverses modalités relatives à la sexualité au moment de l'entrevue, une perception qui n'était toutefois pas aussi claire ou du moins consciente au moment des événements. La

séduction, l'émotion amoureuse, la génitalité, les rôles sexuels en bref tout ce qui entoure et représente la rencontre sexuelle demeure à leur avis trop souvent évité ou inconsidérément évoqué. L'immaturation psychoaffective implique déjà une inhabilité à exprimer les sentiments et les émotions et le manque de connaissances accolé les isolent davantage dans leurs angoisses et leurs inquiétudes.

Tu sais les bébés ça ne poussent pas dans les choux, ou bien la cigogne qui passe dans les maisons... Il devrait y avoir pas mal plus d'informations dans les écoles puis parler de vraiment tout, tout ! (Sara, 10 : 144).

On dirait qu'ils pensent que les jeunes n'ont pas de relations à cet âge là. (Alexandra, 4 : 98).

Moi je dis qu'à chaque année il devrait y avoir un cours, un sexologue, je ne sais pas quoi, qui devrait venir dans chaque groupe. En parler ! À chaque année il devrait en faire de ça. Ça manque, ça manque beaucoup. (Jacynthe, 9 : 94).

4.1.3 Connaissances de la contraception orale

Si toutes les adolescentes interviewées connaissaient l'existence de la pilule et du condom, elles méconnaissent cependant le degré d'efficacité des méthodes contraceptives disponibles. L'exemple du coït interrompu ou retrait qui s'obstine à demeurer une méthode populaire jugée relativement sûre le confirme. Même la contraception orale d'urgence ou pilule du lendemain se montre insuffisamment connue et utilisée. Les jeunes filles craignent en partie les nausées qui lui sont parfois attribuées mais son emploi dépendrait largement du niveau de conscientisation du risque de

grossesse. En effet, la plupart admettent qu'elles auraient pu y avoir recours plus souvent mais elles avouent ne pas s'être senties en danger au moment de la relation sexuelle.

Comme signalé dans le chapitre traitant de la contraception, les entrevues mettent en évidence de nombreuses croyances erronées sur la pilule. Ces mythes entretiennent l'ignorance et semblent persister parmi nos jeunes ayant une vie sexuelle active, d'autant plus qu'adultes et parents continuent de diffuser des avertissements périmés. En préconisant d'en suspendre sporadiquement l'usage afin d'en « reposer » l'organisme et en arguant que la pilule est néfaste pour la santé, ces informateurs bien intentionnés ne font qu'ignorer en avoir fait usage dans une période où le dosage hormonal était bien supérieur et où l'insuffisance d'études à long terme encourageait une plus grande prudence. Il arrive par conséquent que les adolescentes s'en voient dissuader l'utilisation par crainte d'« effets indésirables » sur leur croissance et leur santé.

C'est aussi parce que ma mère me disait que c'était néfaste pour la santé, que ce n'était pas bon.(40) Elle me disait : « Là tu n'as plus de chum arrête-là, ce n'est pas bon pour ton système. Il y a des femmes pour lesquelles elle fait des effets... (Allison, 3 : 42).

Elle [sa mère] m'en a parlé mais vaguement, juste comme ça. Je lui avais déjà demandé de prendre la pilule et elle m'avait demandé si j'avais des relations et je lui avais répondu non mais que je voulais être régulière avec mes menstruations et là elle m'avait dit aussi que cela pouvait apporter euh... que c'était mieux quand on fumait la cigarette de ne pas prendre la pilule. Elle m'avait plus expliqué les dangers et à quoi cela servait en gros. (Alexandra, 4 : 6).

Une autre croyance populaire dans la population étudiée consiste à tenir pour certain qu'en l'absence de « chum » la contraception n'a plus d'utilité. La pilule demeure le symbole d'une activité sexuelle planifiée, de préférence à l'intérieur d'une relation

affective potentiellement durable. En dehors de ce contexte et malgré des relations éphémères et répétées, la fin d'une relation supprime illico le besoin de se protéger d'une grossesse puisque les jeunes filles ne se perçoivent pas comme étant actives sexuellement. Prendre la pilule semble correspondre à une intention claire d'avoir une relation sexuelle et puisque ni demain, ni les conséquences des actes posés aujourd'hui n'existent, pourquoi s'astreindre à prendre un comprimé tous les jours? Malheureusement, ces arrêts sporadiques les laissent sans protection et ont également l'effet regrettable de briser l'habitude qui s'était instituée.

L'autre affaire c'est que mettons que le mois prochain je ne la recommence pas, bien je vais me dire que j'en aurai plus pareil de relations. Dans ma tête c'est clair : je n'ai plus de relations sexuelles! (Anaïs, 2 : 48).

[...] Tu sais je ne l'ai pas tout le temps pris, j'ai tout le temps eu des trous où je ne la prenais pas. C'est pour ça que je n'y ai pas tout le temps pensé. Cela n'a pas été régulier dans mon mode de vie tu comprends? (Allison, 3 : 36).

Pour l'ensemble, il ressort que l'utilisation des moyens disponibles pour se protéger d'une grossesse relève du domaine de la complexité. Si à première vue prendre une pilule par jour semble élémentaire, il suffit de connaître les caractéristiques de l'adolescence et de tenter d'y juxtaposer des notions d'obligation, de règle, de discipline de vie et de régularité pour comprendre... Ces concepts sont en effet difficilement conciliables avec la vie au présent, l'immaturation et le goût du risque. Dans les faits les adolescentes oublient fréquemment de prendre leur pilule, les prennent à des heures irrégulières, de façon inadéquate et sans constance.

Et moi en plus, quand j'en oubliais une ou deux, j'arrêtais pour recommencer l'autre mois. (Allison, 3 : 38).

Oui, je l'ai pris plusieurs années. Je ne me rappelle pas pourquoi j'avais arrêté. Cela faisait peut-être un an quand je suis tombée enceinte. (Jessica, 8 : 16).

Quoique simple à prime abord, une prise adéquate peut également s'avérer relativement compliquée lorsque l'irrégularité y est rattachée. Par exemple, les mesures appropriées dans le cas de l'oubli d'un, de deux ou de trois comprimés différent dans chaque cas de même que selon la période du cycle où survient l'oubli. De plus, la prise de certains médicaments comme les antibiotiques ou des troubles digestifs peuvent diminuer l'action contraceptive. L'adolescente maîtrise rarement toutes ces modalités. Par ailleurs, les mesures préventives recommandées dans ces cas de diminution d'efficacité sont l'abstinence, la pilule du lendemain ou l'utilisation temporaire du condom, mesures qui viennent ajouter des contraintes supplémentaires peu acceptables pour elles.

Ce qui est arrivé c'est que j'en ai oublié une, le lendemain aussi, alors j'en ai pris deux. Mais ils disent d'habitude qu'une oubliée, tu en prends deux le lendemain, et si tu en oublies deux, tu l'arrêtes ou... non non, si tu en oublies deux dans le mois ce n'est pas grave je pense. C'est ça qui est arrivé quand je suis tombée enceinte. (Allison, 3 : 152).

Tu as beau être super calée dans la contraception, il y aura tout le temps de quoi qui va défaillir.[...] Ça fait trois ans que je la prends cette pilule là et pas savoir comment ça marche encore ... c'est super con. Je pense que je vais me faire ligaturer [rire]. (Brigitte, 5 : 42).

La pilule réussit juste à... Je suis toute mêlée parce qu'ils m'ont toute mêlée avec leur pilule du lendemain là, je ne sais plus qui croire pantoutte. L'infirmière me dit de quoi, je vais à l'hôpital ils me disent une autre affaire, je rencontre une autre personne à l'hôpital, un autre affaire...[...] En plus déjà que pour la pilule que ça dépend de chaque système que tu as en dedans, c'est compliqué. (Marie-Josée, 12 : 74).

Le nombre d'effets indésirables rapportés par les adolescentes en lien à l'usage des contraceptifs oraux est également considérable. La prise de poids vient en première place, mais autant comme effet observé qu'anticipé. Les utilisatrices se plaignent également d'aggravation de l'acné, de changement de l'humeur et de la libido, d'augmentation de la pilosité et de nausées. Toutes ces réactions réelles ou escomptées influencent forcément leur fidélité à la méthode.

Pourquoi tu prendrais la pilule pendant des mois et que t'as aucune relation sexuelle? Et que tu grossis pareil? Et que tu as plein de conséquences? A un moment donné tu t'écoeures. Et c'est le mois d'après que tu as une relation sexuelle... (Anaïs, 2 : 64).

4.2 REGARD SUR LES VALEURS, ATTENTES ET ATTITUDES

Les valeurs et les attitudes sont apprises et ne sont pas le fruit du hasard. De ce fait, l'adolescente a acquis une certaine disposition vis-à-vis de tout ce qui concerne la contraception, une disposition qui l'incite à agir d'une manière spécifique en rapport avec cet élément. L'examen de cette face évaluative et normative de la représentation correspond, nous l'avons précisé, à l'orientation globale ainsi qu'à l'aspect affectif ou émotionnel vis-à-vis de l'objet. Son examen vise ainsi à mieux comprendre cette logique interne qui en fait un système intrinsèquement cohérent.

Le besoin de se protéger d'une grossesse ne peut être approfondi isolément car il s'imbrique dans une réalité extrêmement complexe : la sexualité humaine. Puisque le désir d'analyser l'intangible avait incité le choix d'une méthodologie plus compréhensive, les entrevues veillaient à ne pas négliger l'histoire et le contexte entourant les toutes premières expériences sexuelles.

4.2.1 Le coïtarche

L'âge où est survenue la première relation sexuelle concorde avec ce qu'en avance la littérature soit quatorze ou quinze ans, quoique l'une d'elles n'avait que douze ans. Ce premier coït semble très attendu et lourd de signification. La principale motivation invoquée pour initier l'activité sexuelle est toutefois la curiosité. Les filles ont le goût d'expérimenter l'intimité et de se sentir adultes.

J'avais touché l'alcool et les drogues et à peu près tous les vices (rires) et il me restait celui-là et ça m'intriguait bien gros parce que c'était quelque chose de... grand! (Brigitte, 5 : 18).

Toutefois, on accepte aussi le rapport sexuel pour d'autres raisons : prouver son amour, garder le partenaire mais tout particulièrement en réponse à la pression exercée par les pairs. Ainsi donc, avoir eu sa première relation sexuelle représente une sorte de rite de passage puisque le jeune appartient à un groupe où la norme est d'avoir des relations sexuelles. Le grand souci de correspondre à la norme explique qu'elles se sentent parfois obligées d'agir sexuellement.

Alors quand il [ce garçon populaire et plus âgé du groupe] a commencé à s'intéresser à moi, alors dans ma tête je me suis dit : si je veux vraiment faire partie de la gagne, je ne peux pas passer à côté. (AnyPier, 1 : 110).

J'étais la seule à ne pas l'avoir fait, la seule à ne pas comprendre c'est quoi ça fait en dedans tu sais. (Marie-Josée, 12 : 30).

Si les participantes appréhendaient la douleur associée à la pénétration et aux autres pratiques, elles craignent bien davantage d'être jugées, ridiculisées ou de déplaire au partenaire. Le manque d'estime personnelle et de confiance en soi les empêchent par ailleurs de s'affirmer. Ce désarroi féminin est fréquemment nommé et ne concerne malheureusement pas que les premières expériences sexuelles. Certaines verbalisent la passivité, l'absence de plaisir, la gêne et la honte de ne pas correspondre davantage aux stéréotypes projetés dans les films. Les filles sont inquiètes de leur capacité de séduire et de satisfaire leur partenaire et elles ont peur d'exprimer ces peurs et ces émotions.

J'aurais voulu prendre mon temps mais j'étais gênée de lui dire et j'avais peur qu'il ne m'aime pas si on ne passait pas à l'acte. (Alexandra, 4 : 12).

On a peur de se sentir naïve. Je ne savais pas comment le demander, qu'est-ce que ça allait faire, si cela allait faire. (Sara, 10 : 78).

En même temps on veut tellement ne pas déplaire... On ne voudrait tellement pas aller gâcher ça et paraître la sainte-nitouche tu sais, on a pas une grosse confiance en soi. Cela fait que lorsqu'un gars s'intéresse à nous autres là on veut tellement pas décevoir... (Anaïs, 2 : 38).

Règle générale, le coïtarche survient généralement de façon imprévu et ces appréhensions ne se trouvent pas communiquées au partenaire. L'échange verbal demeure par ailleurs très limité, en partie par manque de temps et par timidité mais principalement en raison de l'inhabilité à nommer ces nouvelles émotions. Il n'est donc

pas surprenant que ce prélude à la vie sexuelle se montre souvent décevant pour elles. Les adolescentes y perdent parfois beaucoup de leurs illusions sur l'amour et la sexualité car la précipitation, l'absence de complicité et de sentiments exprimés n'arrivent pas à satisfaire leurs anticipations et attentes.

On est trop pressés. Les jeunes sont trop pressés. Ils veulent tout découvrir, ils veulent tout savoir de bonne heure. (Isabelle, 6 : 166).

4.2.2 Les types de relation

Il est intéressant de constater que quelque soit le type de relation avec le partenaire, les filles expriment généralement une notion d'engagement liée au rapport sexuel. La relation demeure davantage centrée sur la relation avec l'autre plutôt que sur la génitalité. En fait la satisfaction sexuelle relève davantage de l'harmonie, de l'entente avec les sentiments et les idées de l'autre que du plaisir génital. À ce sujet, les jeunes définissaient deux grands types de relations : d'une part les aventures, les « trip d'un soir » ou les « one night », et d'autre part les « chums ».

Le « chum » correspond à celui qui dure plus qu'une simple soirée, et ce même si la durée de la relation n'excède pas quelques semaines. Il s'agit d'une relation plus sérieuse qui implique un minimum d'engagement, ne serait-ce que l'exclusivité. En effet, malgré des relations habituellement courtes et répétées, la fidélité est une valeur importante généralement respectée entre « chum » et « blonde ». Le chum est celui avec

qui on peut s'engager sentimentalement, celui qu'on aime, avec qui on projette dans l'avenir. L'établissement d'une intimité et d'une stabilité semble renforcer un comportement plus responsable en matière de contraception en favorisant une meilleure communication.

Relativement à l'opposé de la relation amoureuse, il y a l'aventure d'un soir. Il s'agit là d'un « trip », d'une folie sans lendemain : une expérience commune à plusieurs jeunes. Généralement favorisée par l'utilisation d'alcool ou de drogues, elle est expéditive et non préméditée. Sans être une fierté comme telle, c'est une pratique relativement fréquente et bien tolérée par les pairs lorsque non répétitive. Il semble que malgré les « non-dit », la distinction entre les deux sortes de rencontre soit réciproquement claire pour les partenaires impliqués. En fait, les adolescentes retarderont la relation sexuelle avec un partenaire qu'elles jugeraient susceptible d'être un chum.

Je suis sûre que si on avait fait l'amour tout de suite au début ça n'aurait pas été pareil. On se respectait trop pour cela... (Alexandra, 4 : 60).

Toutefois, même si l'excitation et la sensualité sont recherchées et appréciées lors des approches de séduction, la relation sexuelle elle-même semble rarement satisfaisante. Les jeunes filles reconnaissent aisément leur soif initiale d'affection et de tendresse et quoique le plaisir sexuel puisse parfois combler une partie des attentes, ce type de relation laisserait une sensation de vide contrariante. De plus, une grande majorité d'entre elles semblent éprouver de la difficulté à vivre l'acte sexuel telle une

expérience agréable et exclusivement charnelle et admettent en « espérer » secrètement un lendemain.

Mais finalement c'est bien plus de l'affection, une sorte d'amour que je veux essayer d'aller chercher que du plaisir en forme plaisir.(76) À défaut de pouvoir avoir une histoire d'amour, avoir une petite histoire bien, on va oublier le reste et on va capter tout de suite ce qu'il peut nous donner. (Anaïs, 2 : 38).

C'est satisfaisant au niveau sexuel mais pas moral ou psychologique. (Marie-Josée, 12 : 80)

4.2.3 La relation sans lendemain et la prévention

Quoique l'aventure d'un soir puisse représenter un risque plus élevé d'altération à la santé sexuelle, il ressort que par sa nature et le contexte qui l'entoure, elle ne se prête guère à la prévention. Il semble en effet essentiel de préserver la magie, la spontanéité et l'excitation initiale, elles-mêmes très probablement rehaussées par la présence plus ou moins consciente du risque. Dans ces conditions, il devient tout à fait inopportun d'y introduire des aspects aussi rationnels ou techniques que le seraient la simple confirmation d'une contraception efficace ou la demande d'une protection contre les MTS. Ces rencontres sexuelles sont vécues au présent, au plaisir de l'instant, et les occasions pour négocier la prévention et ce sans interrompre la relation sont brèves et rares. La communication y est réduite au minimum et de façon délibérée comme si l'intellect pouvait altérer l'élan des corps. Dès lors, la motivation à vouloir être *contracepteur* est faible, et si l'inquiétude, les regrets et parfois la honte sont au rendez-vous, ce n'est qu'après...

[...] de toute manière c'est quelque chose qui se fait tellement vite et sans communication, il ne faut pas se parler trop parce que... on est pas là pour parler tu sais. (AnyPier, 1 : 32).

[...] Dans le fond il y a peut-être tout le temps une espèce de petite culpabilité qui plane donc on fait ça vite pour être sûre d'être... C'est ça. (Anaïs, 2 : 80).

Possible reliquat de l'éducation reçue, les partenaires s'inquiètent éventuellement de la santé sexuelle de l'autre. Cependant, si « être safe » signifie que l'on a pas de maladies sexuellement transmissibles, correspondre à cette définition ne nécessite généralement qu'un bref assentiment octroyé dans le feu de l'action. Il est bien vu de s'en informer avant ou même pendant la relation non protégée et cette confirmation désinvolte semble miraculeusement abolir le risque de MTS, ou du moins endormir l'inquiétude le temps de l'acte sexuel. L'évaluation du risque repose ainsi sur des bases subjectives et très superficielles. Un autre exemple fréquent consiste à garantir l'immunité au partenaire que l'on « connaît », même si connaître l'autre n'exprime parfois que l'assurance qu'il vient du coin, qu'on l'a déjà vu, ou qu'on a déjà entendu parler de lui. Là encore il est intéressant de constater que le risque de grossesse n'est pas questionné comme l'est le risque de maladies sexuellement transmissibles. Le commentaire d'Anaïs résume bien comment elle explique cette incohérence :

[...] C'est comme se mettre un pansement sur la conscience le temps de faire l'acte. (Anaïs, 2 : 16).

4.2.4 L'utilisation du condom

D'abord un constat singulier : même s'il n'est pas nouveau que les filles s'intéressent aux garçons plus âgés, l'écart constaté a de quoi surprendre car il variait chez nos interlocutrices de quatre à dix ans. Pour les jeunes pubères que la recherche qualifie de plus en plus précoces, les garçons de leur âge ne semblent offrir aucun intérêt et le rattrapage ne se fera que plusieurs années plus tard. Malheureusement le fait qu'ils soient plus âgés ne semble garantir une meilleure prise en charge du risque de grossesse ou de MTS quoiqu'elle se maintiendrait légèrement supérieure à celle des plus jeunes selon les adolescentes rencontrées.

La chose qui influence le plus d'après moi c'est le partenaire.(36) Mes histoires d'un soir je les fait avec de plus vieilles personnes, trois ou quatre ans plus vieux tu sais, ça aide. (Brigitte, 5 : 58)

Si le condom est recommandé et approuvé par les adultes, les intervenants et les parents, il ne l'est que rarement par le partenaire ou les pairs masculins. Les garçons rechigneraient continuellement à l'utiliser, la principale excuse étant la diminution de sensation et l'inconfort.

Il n'y a qu'un seul gars qui m'ait demandé qu'on mette un condom, il faut forcer un bras quasiment. Ils le savent que ce n'est pas eux qui auront les problèmes et c'est toujours gênant de demander ça, c'est tannant... (Alexandra, 4 : 30).

Les gars ronchonnent toujours, il n'y en a pas un qui veut le mettre. Il faut que la fille l'exige. (Jacynthe, 9 : 72).

L'une des plus importantes difficultés en regard de l'utilisation du condom semble effectivement d'obtenir la collaboration du partenaire. De plus, les jeunes filles craignent les réactions des garçons si elles cherchent à l'imposer et elles éprouvent de nombreuses difficultés à en négocier l'usage. Il n'est en effet pas courant que la fille aborde le sujet ou exige une protection et cette appréhension devient encore plus tangible lorsqu'il s'agit d'une relation sans lendemain.

On attend peut-être qu'ils nous en parlent et là finalement, si le gars ne dit rien bien là... (Kimberly, 11 : 138).

Je me disais tout le temps : tout d'un coup qu'il ne veut pas? J'avais tout le temps peur de ça. (Sara, 10 : 76).

Bien tu sais, on a pas le choix. Moi j'étais mal à l'aise, je n'étais pas capable de dire non. Il ne voulait pas mettre de condom. Un coup parti là si tu dis non, je ne sais pas...(124) Moi la plupart des gars que j'ai rencontré ne se préoccupait pas de ce que la fille tombe enceinte. (Marie, 7 : 132).

De façon unanime, les filles perçoivent les garçons comme étant moins préoccupé par le risque de grossesse et de MTS. Elles prôneraient elles-mêmes une sexualité plus responsable mais les écueils sont nombreux. En outre les garçons ne traînent pas de condoms et semblent avoir la conviction profonde de ne pas avoir de MTS. Dans ce contexte, les adolescentes conservent l'impression que la contraception et la prévention leur reviennent principalement quoiqu'elles se sentent mal outillées devant la tâche et qu'elles espèrent à chaque fois ne pas avoir à endosser cette gênante responsabilité.

C'est comme si, si eux ne l'ont pas, s'ils sont safes, bien c'est correct là. Puis pour ce qui a trait à la grossesse, ils n'en ont strictement rien à faire l'histoire d'un soir. (Anais, 2 : 16).

On dirait que ça leur passe dix pieds par dessus la tête . O.K. les MTS, le SIDA ça les préoccupent mais que leur blonde tombe enceinte ça les préoccupaient moins. Ce n'est pas eux autres qui vont se ramasser avec ça dans le fond. (Isabelle, 6 : 154).

En revanche, les filles ne semblaient pas apprécier davantage le condom que leur partenaire. Elles invoquent également une perte de plaisir avec l'usage mais reliée cette fois au bris de spontanéité dans la relation et à l'embarras associé à sa mise en place.

Prendre le condom : faut le demander, être convaincue, et c'est plate avec... (Anais, 2 : 24).

Ça bloque la relation en maudit, ça coupe bien raide. (Allison, 3 : 63).

Comme les préservatifs sont principalement liés aux MTS dans leur esprit, même en cas d'oubli de pilules, la possibilité d'utiliser le condom pour augmenter la sécurité ne constitue pas une pratique usuelle ou acceptable. Les filles s'attendent en effet à une réaction négative même chez le partenaire régulier et le mutisme constitue encore l'option la plus commode. Le « chum » y serait réfractaire car l'idée est que la pilule s'occupe totalement de la contraception. En définitive, même les jeunes filles qui vivent la peur et l'angoisse d'une grossesse ou d'une infection à la suite d'une relation non sécuritaire continuent de ne pas exiger le condom, de ne pas se protéger, témoignant ainsi de la grande complexité liée à cette tâche.

Puis des fois on se sent mal à l'aise de demander à un garçon : « Bien il faudrait que tu mettes un condom... » Surtout quand tu sais que tu prends la pilule. Moi j'ai déjà des amies qui m'ont dit : « je lui ai demandé de mettre un condom puis il est parti à rire parce qu'il disait qu'elle prenait la pilule ». (Any-Pier, 1 : 293).

C'est une question de condom et de contraceptif mais cela a tout un aspect psychologique aussi. Il y a un stade où, de toute manière, tu finis par te sentir vraiment dégueulasse. Au moins quand tu mets le condom, tu es tellement fière de toi là, parce que tu t'es faite respecter là... (Anais, 2 : 38).

Les MTS ne sont pourtant pas souhaitables : en être infecté signifie encore honte, culpabilité et répulsion. Parallèlement l'adolescente enceinte ne jouit généralement pas de l'admiration ni de l'envie de ses pairs mais malgré tout cela, les recommandations et l'éducation transmises pour éviter grossesse et maladies transmises sexuellement ne correspondent pas à la réalité des jeunes, à leurs valeurs et besoins. Mentionnons également ces démarches compliquées que sous-entend le comportement sécuritaire soit les visites médicales, l'examen gynécologique, le coût et la gêne d'acheter ou de demander des condoms et des contraceptifs.

Pour terminer, l'effet de la consommation d'alcool et de drogues apparaît un élément majeur directement associé à la prise de risque. Considérant l'augmentation graduelle des jeunes consommateurs et surtout le nombre de consommations par intervalle de temps depuis dix ans, ce facteur occupe une place prépondérante dans la gestion du risque de grossesse et de MTS.

L'alcool et les drogues ont un effet de « je m'en fou » de la protection. (Marie, 7 : 66).

La boisson c'est vraiment ça qui me fait perdre la tête. Un gars saoule une fille et fait ce qu'il veut avec. (Marie-Josée, 12 : 76).

4.2.5 L'utilisation de la contraception orale

Première constatation, les raisons qui ont amené les interlocutrices à se procurer la pilule pour la première fois ne sont pas reliées initialement à un objectif contraceptif. Les motivations qui les poussent à en débiter l'usage sont diverses : stabiliser l'irrégularité menstruelle, diminuer la dysménorrhée³, « faire grande » ou en raison de pressions parentales. La relation avec la fertilité n'est pas mentionnée. Il n'y a pas de lien implicite entre contraception et grossesse au début de l'adolescence, sauf peut-être parmi celles côtoyant régulièrement des copines beaucoup plus âgées. Même chez les jeunes dont la mère prend la situation en main et impose son utilisation, le lien avec une sexualité active est nié, comme si de faire une démarche contraceptive officialiserait un état de fait qu'elles ne sont pas prêtes à reconnaître.

Moi dans ma tête c'était ça, le condom c'était pour les MTS puis la pilule ça aidait à avoir moins mal au ventre pendant les menstruations. (Any-Pier, 1 : 256).

J'ai pris la pilule pour l'importance d'être plus grande ; je prend la pilule, je suis rendue femme, je suis prête à avoir une relation et tout et tout. (Marie-Josée, 12 : 50).

C'était rien que pour le fun de l'essayer, pour voir ce que cela faisait parce qu'ils disaient que ça pouvait faire grossir les seins. (Isabelle, 6 : 74).

³ Menstruation difficile et douloureuse

4.2.6 La perception du risque de grossesse

Les jeunes filles, du moins tant qu'elles n'ont pas eu à y faire face dans leur propre expérience, ne présentent pas un sentiment d'exposition personnelle au risque de grossesse : c'est pour les autres, celles qui en veulent, les plus vieilles. L'éventualité d'une grossesse demeure du domaine de l'insensé : être enceinte à leur âge leur est inadmissible.

Ouais, c'était comme ça que je le voyais, je ne voulais pas d'enfant donc ça ne pouvait pas m'arriver. (Any-Pier, 1 : 256).

Cela ne fait pas partie de notre réalité quand même! Quand tu as 14-15 ans, c'est tellement inconcevable que tu aies un enfant dans un sens. [...] Parce que... ce n'est pas du concret. Ce n'est pas... c'est des suppositions, c'est des « peut-être », c'est des « si ». (Anaïs, 2 : 12).

Je ne m'en souciais même pas. Pour moi ce n'était pas à moi que cela pouvait arriver, ça ne se pouvait pas que je tombe enceinte quand j'étais jeune. Je ne pensais pas à ça, cela ne me tracassait pas. Mes amis ne s'en souciaient pas non plus à cet âge-là. (Alexandra, 4 : 12).

4.3 LES EFFETS D'UNE GROSSESSE IMPRÉVUE SUR LA REPRÉSENTATION DE LA CONTRACEPTION

La majorité des sujets de cette recherche (huit sur douze) avait fait l'expérience de vivre un grossesse inattendue et d'interrompre la gestation en avortant. Cette décision de sélectionner des adolescentes ayant été confrontées à un échec contraceptif s'est révélée heureuse. En effet, leurs appréciations du contexte les ayant acculé à la gravidité

se trouvaient enrichies d'un raisonnement préalable, d'une réflexion profonde et disponible pour l'entrevue. Les émotions intenses qui parsemaient l'épreuve les avaient transformées, accélérant subtilement une maturation dont les bénéfices s'explicitaient dans les discours.

Manifestement, l'échec contraceptif confronte brusquement la pensée magique et le sentiment d'invulnérabilité vis-à-vis du risque de grossesse. Comme le souligne justement l'homme politique et écrivain français Cardinal de Retz (2001), *l'expérience nous fait connaître que tout ce qui est incroyable n'est pas faux*. Ce choc spécifique déstabilise et provoque une grande remise en question et, par le fait même, une reconstruction des croyances de base qui modifie grandement la manière d'envisager la réalité contraceptive. Il s'agit d'une leçon à la dure qui laisse ses traces. Ces filles exigent ensuite la protection sexuelle et l'obtiennent. Elles conditionnent de ce fait leur propre comportement mais en plus, celui du partenaire. Le risque de grossesse représente après-coup une éventualité réelle, concrète, qui ne saurait plus être contestée... Le sentiment d'efficacité personnelle, de contrôle sur le comportement représente une fierté pour les jeunes filles qui réussissent à négocier le port du condom avec le partenaire. Les adolescentes se sentaient ensuite capables de discuter avec le partenaire autour des stratégies protectrices.

J'ai maintenant comme principe de ne plus avoir de relations d'un soir, d'attendre, de mieux connaître. C'est plus facile d'en parler de mettre le condom et tout ça.(86) Je traîne toujours mes condoms. Je ne me fie pas sur mes partenaires, je m'organise. (Alexandra, 4 : 92).

D'aucuns pourraient avancer que ce comportement pourrait se modifier avec le temps c'est-à-dire que l'environnement et le contexte social amènent ces jeunes filles à abandonner progressivement leurs bonnes résolutions et à adopter à nouveau un comportement à risque. La présente investigation ne peut y répondre avec certitude mais une logique toute simple permet de croire qu'il s'agit d'un changement stable, acquis selon l'expérience, un apprentissage significatif pour l'adolescente. Même si le taux de récurrence en avortement se maintient à 25 %, il signifie aussi que plus de femmes choisissent de se faire avorter plutôt que de donner naissance à un enfant non désiré. Il n'existe aucune méthode contraceptive totalement sûre et le risque d'être confrontée à une grossesse imprévue pendant une vie comporte donc sa part de chance.

4.4 ASSISES DU SUCCÈS CONTRACEPTIF

Nonobstant le nombre plus réduit de personnes rencontrées chez celles n'ayant pas connu de grossesse indésirée, certaines caractéristiques méritent d'être mentionnées, ne serait-ce que comme piste de réflexion ou pour d'ultérieures recherches.

- Mère qui prend les devants et impose la contraception (pilule) avant même que la jeune fille n'en ressente le besoin.
- Présence d'une ressource, d'une personne de confiance qui sert de confident et de conseillère (mère, infirmière, amie ou parente plus âgée).

- Elles traduisent la même immaturité et le manque de confiance personnelle au début de leur adolescence mais elles semblent avoir atteint un niveau supérieur d'estime et d'affirmation de soi au moment de l'entretien.

- Prise régulière et sans interruption de la contraception orale, et ce malgré effets secondaires parfois importants. Aucun oubli de pilules pour certaines et contraception d'urgence systématique pour d'autres.

Concernant le degré de conscience qu'une grossesse puisse subvenir pour elles, l'impression qui se dégage du discours de ces adolescentes se compare étrangement à celle du groupe ayant été confronté à une grossesse imprévue. Elles sont régulièrement inquiètes de cette éventualité et consultent des professionnels de la santé ou des personnes de confiance pour s'informer et se rassurer par rapport à leurs pratiques au besoin.

Encore une fois, il serait illusoire de vouloir pointer un élément isolé qui expliquerait à lui seul quel contexte favorise le succès contraceptif et il est important de statuer à nouveau que cet état ne garantit pas l'immunité pour l'avenir. Expliquer la réussite est en fait aussi compliqué que de définir l'échec.

CHAPITRE V

DISCUSSION DES RÉSULTATS ET CONCLUSION

La grossesse à l'adolescence représente une réalité sanitaire et sociale pouvant engendrer de lourdes conséquences sur l'individu, sa famille ainsi que sur l'ensemble de la communauté. L'un des préalables essentiels pour l'élaboration de programmes préventifs signifiants et adaptés aux jeunes consiste à mieux comprendre le phénomène social en cause. En l'occurrence, la présente étude visait à pénétrer à l'intérieur de la réalité des adolescentes afin de découvrir le sens que revêt pour ces dernières le besoin de se protéger d'une grossesse.

À l'évidence, l'utilisation adéquate de la contraception est un phénomène très complexe et influencé par de nombreuses forces externes qui contraignent le comportement et où la raison et les sentiments peuvent s'opposer. La représentation de la contraception intègre à la fois du rationnel et de l'irrationnel. En effet, le savoir pratique engendré par les croyances, les attitudes, les valeurs peut apparaître incohérent et imprévisible au niveau des raisonnements et des conduites adolescentes lorsqu'on ne connaît pas leurs règles de fonctionnement, mais leur étude permet d'en mieux saisir les différentes contradictions.

5.1. REPRÉSENTATIONS DE LA CONTRACEPTION

L'ambiguïté manifestée dès le début des entrevues avec la notion de «contraception » mérite l'attention. Ce décalage de sens entre le jeune et l'adulte témoigne d'une compréhension différente vis-à-vis du concept. De plus, la faible différenciation

cognitive entre risque de grossesse et risque de MTS souligne à nouveau cette confusion identifiée par rapport à l'objet de recherche. Pour les adolescentes sexuellement actives, manifestement, la contraception ne correspond pas de façon explicite et claire à une protection contre le risque de grossesse.

Les interprétations proposées pour comprendre ce phénomène s'articulent principalement au niveau de la qualité de l'information transmise et des nombreux messages conflictuels auxquels sont régulièrement exposés nos jeunes. D'une part, l'approche éducative en milieu scolaire vise généralement la présentation simultanée de l'information concernant les MTS et la contraception. Traiter ces différents sujets sous forme de problématiques jumelées renforce l'association, voire la fusion, des deux concepts et entretient la confusion. À l'instar des recommandations de Lindsay, Smith et Rosenthal (1999), il apparaît souhaitable de préconiser une éducation qui souligne explicitement la distinction entre sexualité sécuritaire et contraception.

D'autre part, les interventions étant axées principalement sur la prévention négligent régulièrement l'aspect humain de la sexualité dans toute sa globalité. Cette omission aurait l'effet pervers de créer deux entités distinctes dans l'esprit des adolescentes et, par le fait même, une sexualité tout à fait isolée des risques et des responsabilités qui y sont associés. Tel que signalé à l'intérieur de la problématique, au lieu de viser la construction des savoirs sur la base de ce que les adolescents savent déjà, de chercher à intégrer l'information en compatibilité avec les représentations sociales

pré-existantes, l'approche traditionnelle se limite encore à une inadéquate transmission des connaissances.

Parallèlement, la présentation d'images et de scénarios télévisés où érotisme et passions dominant tandis que le condom ou la pilule brillent par leur absence, corrobore tacitement cette rupture entre sexe et risque à la santé sexuelle. Le propos d'une adolescente interviewée soutient cette interprétation :

Il arrive qu'on se fasse un café et qu'on parle de sexe mais c'est vraiment du sexe : les positions, comment on le fait, comment est-ce qu'on aime ça, mais on va jamais dire euh... mets-tu un condom? Je ne sais pas pourquoi par exemple... Ce n'est pas de ça qu'on parle. Bien ce sont deux sujets quand même euh... très collés mais en même temps très séparés que le sexe et la prévention. (Anais, 2 : 88).

Cette absence de lien conceptuel peut expliquer l'attitude des adolescentes actives sexuellement dans la mesure où elles semblent appréhender la sexualité et la prophylaxie comme deux réalités éloignées : l'approche amoureuse et l'acte proprement dit d'une part, et la préoccupation vis-à-vis de l'intégrité sexuelle de l'autre. L'exemple d'Any-Pier (1) illustre bien cette présomption. En effet, la proposition de son partenaire d'utiliser le condom pendant le coïtarche ne fait naître en elle aucune association cognitive avec le concept « prévention », mais uniquement avec le concept « sexualité » et la potentielle diminution de plaisir qui lui est associée :

Bien il m'a demandé si je préférais ou non qu'il en mette un ou pas et je ne pouvais pas lui répondre : je ne savais même pas la différence avec ou sans... (AnyPier, 1 : 156).

En revanche, il n'est pas possible d'attribuer uniquement cette confusion à la construction des savoirs sur la question. Un lien inextricable existe bel et bien entre ces deux menaces à la santé sexuelle que sont la grossesse et les MTS puisque reliées au même comportement : le rapport génital. Pour Badeau (1991), l'intégrité sexuelle interpelle un équilibre complexe des dimensions biologiques, cognitives, affectives, psychologiques, socioculturelles, morales et spirituelles ; elles-mêmes combinées ensemble d'une manière qui n'est pas aisément saisissable. S'il est partiellement conscient ou du moins reconnu par l'adolescente, le besoin de se protéger d'une grossesse imprévue demeure également imbriqué à l'intérieur d'une globalité pourvue d'une affectivité puissante.

Il est à la portée de tout observateur d'attribuer l'échec contraceptif ou les MTS au seul manque de connaissances même si maintes études prouvent la fausseté de cette théorie (Gaudreau & Dupont, 1991 ; Kageles *et al.*, 1988, 1989 ; Pleck *et al.*, 1990, 1991 ; cités par Turcotte, 1994). Cependant, en accord avec l'étude de Morrison vieille de 15 ans, les résultats indiquent que les adolescentes sont encore insuffisamment informées au sujet de la physiologie reproductive et des produits de santé génésiques⁴.

Il apparaît évident que les jeunes construisent leurs représentations de la contraception et de fertilité sur la base de plusieurs croyances erronées que l'éducation sexuelle ne semble pas modifier. Le counselling éducationnel et clinique concernant les contraceptifs oraux devraient tendre vers l'invalidation de ces mythes et croyances

erronées. De plus, la population en général bénéficierait d'être mieux informée sur l'innocuité et l'efficacité des moyens actuellement disponibles pour contrer une grossesse imprévue.

Il est également commode de croire que le fait de susciter la crainte et la peur puisse encourager les individus à se protéger. Cependant, la peur, comme l'avançaient Tashakkori et Cleveland (1989), ne mène qu'à une augmentation du déni. À ce sujet, le modèle de Sturner (1987, cité par Richot, 1994) aide à mieux comprendre le processus sous-jacent à la prise d'un risque. Il explique que le risque est le résultat d'un choix et qu'il est nécessaire à l'évolution humaine. Par conséquent, le risque ne devrait pas être compris sous l'angle d'un comportement à éviter puisqu'il consacre le besoin de réalisation de soi. Dans cet esprit, trop insister sur le risque peut provoquer un effet contraire aux objectifs visés :

[Le risque] Son action est consciente, il est supporté par une valeur, il accélère le changement, il mène à un but spécifique et est observable par l'action. Tout ceci pouvant être observé dans la décision de non-utilisation du condom et dans la prise du risque d'infection. (p. 267).

Les filles connaissent et peuvent nommer le lien entre relation sexuelle et grossesse de même qu'elles perçoivent un risque de grossesse sur le plan cognitif. Toutefois, à l'exemple de Côté et Dubé (1998) qui citent Otis *et al.* (1993), si 91 % des jeunes québécois sont familiers avec l'utilisation du condom, c'est-à-dire la façon théorique de l'utiliser ainsi que ses avantages préventifs, ces connaissances ne semblent

pas suffisamment intégrées ou rattachées à un savoir intérieur cohérent et pratique. De façon analogue, il ne subsiste aucun doute que les adolescentes sexuellement actives sont au courant que la pilule et le condom existent et que grossesse et MTS font partie de la réalité, mais elles n'ont pas assimilé ces risques comme faisant partie de leur réalité d'adolescente, de leur vision du monde.

Mais, l'information n'est pas l'éducation. Il semble juste d'avancer que l'enseignement de la sexualité est déficiente parce que sa nature est trop informative. La connaissance ne se transfère pas, elle doit plutôt être construite de manière active par l'apprenant. Encore une fois, nous ne pouvons que constater l'inefficacité d'un l'enseignement qui ne permet pas d'intérioriser les apprentissages. On peut ici supposer que l'information reçue sur la contraception n'a pas été intégrée, que l'adolescente n'y a pas repéré d'éléments suffisamment significatifs pour y donner un sens pour elle-même et ainsi pouvoir appliquer ou transférer ces connaissances aux situations concrètes auxquelles réfèrent ces savoirs.

5.2 LE CONTEXTE AMOUREUX

L'analyse des résultats montre que les jeunes exercent une différenciation selon certaines catégories de relation. Il avait déjà été relevé à ce sujet que 71 % des jeunes vivent leur première relation sexuelle dans un contexte amoureux, c'est-à-dire avec leur « chum » ou leur « blonde » (Cloutier, 1998). Toutefois, l'approfondissement des

données éclaire d'un jour nouveau le sens tacite du « contexte amoureux » qui apparaît finalement distinct selon qu'il s'agisse d'un point de vue adolescent ou adulte.

En effet, l'étude met en relief une grande recherche de gratification affective chez l'adolescente : le besoin d'être important pour quelqu'un, le désir intense d'être aimé. La jeune fille aspire ardemment à vivre une relation amoureuse et dans son inexpérience et sa ferveur, elle identifie hâtivement le sentiment amoureux. Au garçon qui lui plaît et qui lui témoigne de l'intérêt, elle prête de surcroît et tout naturellement cette réciprocité sentimentale. Le plaisir de séduire de même que le désir et l'empressement masculin s'associent ainsi à l'amour. Les jeunes filles affirment de ce fait avoir « aimé » le garçon qui les a initiés, même s'il s'agissait des suites d'une soirée « bien arrosée » qui ébauchait et parachevait simultanément la relation. Elles « aiment » pareillement les garçons qu'elles fréquentent pendant une ou deux fins de semaines : l'engagement et les projets d'avenir y demeurent aussi sincères qu'enthousiastes. Avec ces précisions, le contexte amoureux revêt une tout autre signification puisque les jeunes filles idéalisent l'amour et leur investissement émotionnel est quasi immédiat. À l'opposé, la version adulte de l'amour réfère davantage à une relation où la nature des sentiments repose sur une connaissance plus profonde de l'autre, une connaissance exigeant généralement du temps, du respect et l'accord mutuel des partenaires. Il s'agit ici d'une distinction d'importance en matière d'éducation lorsqu'il s'agit d'aborder efficacement la santé sexuelle auprès de la clientèle de jeunes.

5.3 L'OBSTACLE DE L'IMMATURITÉ DE LA PENSÉE

Le mode de pensée typique de la nubilité soit l'ensemble des limites psychoaffectives, cognitives, économiques de même que le mode de vie des jeunes imposent des contraintes spécifiques pour l'accessibilité, l'utilisation adéquate et la prise en charge de la contraception. Prendre la pilule sous-entend la capacité d'anticiper un risque ainsi qu'une identité sexuelle claire. De même, pensée magique et sentiment d'invulnérabilité sont aisément reconnaissables dans la perception des adolescentes vis-à-vis du risque de grossesse, un résultat qui se compare par ailleurs aux représentations sociales qu'ont les adolescents vis-à-vis du sida selon Otis, Longpré, Gomez et Thomas (1994).

En fait, si comprendre l'importance de la santé sexuelle demande une base de connaissances pertinentes ainsi qu'une prise de conscience tributaire de l'intégration de cette notion, les habiletés requises pour conserver l'intégrité sexuelle réfèrent à de nombreuses autres compétences plus complexes. L'utilisation du condom en est un bon exemple. Jusqu'à maintenant, cette méthode est reconnue comme étant le moyen de prévention le plus efficace pour contrer la propagation du SIDA et des MTS chez les jeunes mais cette protection possède un bénéfice secondaire très appréciable en matière de contraception. Son efficacité est relativement élevée et son emploi peut suppléer en cas de prise de pilule inadéquate.

Malgré cela, et comme de nombreuses études l'ont démontré dont Abraham et Sheeran, 1993, 1994 ; Abrams, Abraham, Spears & Marks, 1990 ; Maticka-Tyndale et autres, 1994 ; Beaulieu, Godin, Valois & Martin, 2000 ; Brooks-Gun & Furstenberg, 1990 ; Brooks-Gun & Paikoff, 1993 ; Christ, Raszka & Dillon, 1998 ; Kirkman, Rosenthal & Smith, 1998 ; Morin, 1994 ; Otis, Longpré, Gomez & Thomas, 1994 ; Tashakkori & Cleaveland, 1990 et Turcotte, 1994, pour n'en citer que quelques unes, son usage comporte de nombreux obstacles psychosociaux. Les représentations sociales des relations sexuelles chez les garçons de 15 à 17 ans décrites par Dupont (1997) montraient que même si ces derniers prétendaient habituellement se protéger lorsqu'ils parlaient de leurs pairs, il était fréquemment précisé que ceux-ci refusaient d'utiliser le condom. L'auteure l'explique par le fait que les garçons croient que c'est davantage aux filles de le proposer et de décider du moment de son utilisation. Perkins et Lacombe (2000) interprètent ce phénomène plutôt comme un goût du risque plus prononcés chez ces derniers. La présente étude met indirectement en lumière certaines particularités du comportement contraceptif masculin. Il est évident que la présence des stéréotypes traditionnels les rendent plus vulnérables à la transmission d'infections et influence grandement la protection contraceptive. Se familiariser avec leurs réalités spécifiques et comprendre les enjeux qui se cachent derrière l'agir sexuel masculin représente notamment une piste de recherche qui retient l'attention.

Mais pour en revenir aux adolescentes et aux diverses embûches qu'elles rencontrent pour conserver leur santé sexuelle, nous ne pouvons que souligner, à l'instar de Le May (1993), l'influence déterminante de la capacité de la jeune fille à pouvoir

s'affirmer, à exprimer à son partenaire qu'elle désire une relation sexuelle sécuritaire et à négocier le port du condom. Cependant, ces aptitudes de communication et de négociation demeurent jumelées à un certain degré de confiance en soi, eux-mêmes développés en partie selon la maturité du cerveau.

Selon ce dernier argument, et ce malgré la noblesse des visées de l'éducation actuelle axée sur la responsabilité et le respect de l'autre, l'adolescent demeure centré sur lui-même et principalement préoccupé par la recherche du plaisir et le goût du risque (Matteau, 1999). On le croit capable de bien se protéger et d'être raisonnable alors qu'il est en âge de vouloir défier et fronder la société. Vivant au moment présent, il ne peut se sentir concerné par un enseignement qui ne correspond pas à son intérêt immédiat. Pareillement, il peut difficilement accorder de l'importance au risque de grossesse et de MTS s'il ne se perçoit pas susceptible d'avoir une relation sexuelle aujourd'hui, s'il ne s'identifie pas lui-même comme un individu actif sexuellement.

Pour aggraver cette condition, l'engagement dans la vie sexuelle active coïncide de nos jours au tout début de l'adolescence, et donc à une plus grande immaturité psychoaffective. Dans une période de leur vie où les adolescents vivent des changements considérables, où ils ont le goût du risque et se sentent invulnérables, où les conséquences de leurs gestes sont inconcevables puisque demain n'existe pas, comment les rejoindre dans leur vécu? Comment intervenir de façon efficace?

5.4. PISTES D'INTERVENTIONS EN ÉDUCATION

Tout compte fait, l'ensemble de ces considérations encourage une amorce plus prématurée de l'éducation en matière de sexualité. Quoique Turcotte (1994) recommandait que les campagnes d'information qui s'adressent actuellement aux jeunes en fin de secondaire soient plutôt instillées au début de ce dernier ordre d'enseignement, le produit de cette recherche pourrait inciter une anticipation encore plus marquée par l'investissement d'efforts éducatifs avant la puberté, quoique demeurant constamment renforcés par la suite. En d'autres termes, il s'agit d'éduquer avant les bouleversements de l'âme et du corps : quand les jeunes sont encore réceptifs aux messages des adultes et n'ont pas à construire précipitamment leur identité.

L'exemple des Pays-Bas, réputés pour avoir la jeunesse la plus responsable du monde, semble confirmer cette hypothèse. Leur taux de grossesse adolescente demeure en effet le plus faible (14%) et l'usage de contraception post-coïtale s'y maintient le plus élevé (Serfaty, 1998). Sur 1 000 filles de 15 à 19 ans, on y compte 8,4 grossesses soit presque deux fois moins qu'au Québec et dix fois moins qu'aux États-Unis. En tout point, nous pouvons leur envier l'acceptation de la réalité sexuelle, leur éducation formelle et informelle ainsi que l'accessibilité de leurs services contraceptifs. Leur particularité éducative : un état qui instille une campagne d'information publique sur la contraception à chaque année, de nombreuses émissions préventives transmises aux heures d'écoute des jeunes ainsi que de l'éducation sexuelle à partir de la maternelle !

De surcroît, ces activités de prévention débutées au jeune âge valorise le délai à l'implication sexuelle. En effet, en dépit du contact hâtif avec la dimension génitale et reproductrice, les néerlandaises attendent en moyenne l'âge de 17,7 ans pour avoir leur premier rapport intime (Gauthier, 2000 ; Brueggeman, 1999). Encore une fois nous pouvons constater, à l'instar de McLaren (1998), que les réticences habituelles de la population ne sont pas fondées : l'éducation n'encourage pas la proximité sexuelle chez l'adolescent.

À l'opposé des Pays-Bas, une étude de l'Association canadienne pour la santé des adolescents (1994) montre que les jeunes québécoises ne perçoivent pas la continence comme étant un choix préventif. Il s'agit pourtant d'une avenue prometteuse en matière d'éducation sexuelle car décideurs et parents demeurent plus susceptibles d'approuver une telle approche et l'accord de ces derniers est décisif pour l'implantation de programmes de cette nature (Longpré & Otis, 1994).

Soulignons également l'importance de renforcer constamment les efforts en éducation tout le long de la croissance et de la maturation sexuelle. Les adolescentes jugeaient en effet partielles et peu nombreuses les séances d'information reliées à la contraception et l'intégration des savoirs est pourtant un processus exigeant des répétitions de gestes et des retours réflexifs, un processus évolutif et perfectible (Legendre, 1993, p. 739). L'objectivation des connaissances, ce processus qui rend concret ce qui est abstrait et change le relationnel du savoir scientifique en image d'une chose, demande efforts, temps et récurrences. Sur cette base, l'investissement préventif ne

devrait surtout pas se concentrer exclusivement en amont mais bien se réitérer en continu, dans une évolution vers la complexité.

Les entrevues ont également fait ressortir une caractéristique singulière du vécu de notre jeunesse contemporaine: la diminution du nombre de modèles ou de références disponibles pour le comportement. L'adolescent est en construction d'identité, il observe et calque les rôles, les essaie, les expérimente puis décide à posteriori s'ils lui conviennent ou non. Les familles réduites, l'éclatement de ces dernières et les barrières subtiles entre groupes d'âge limitent le nombre de références comportementales aux archétypes féminins présentées dans les médias, au groupe d'amis de même expérience ainsi qu'aux parents passablement discrets. Les exemples disponibles comme la pornographie et les vidéos XXX amènent la peur de ne pas être à la hauteur, ainsi que la déception et la frustration si les adolescentes n'arrivent pas à copier ces attitudes qui font figure de norme. Ou bien, si elles y arrivent, il y a dénaturation de la sexualité et encore déception et frustration.

Spira (1999) soutient que le fait d'avoir entendu parler de contraception en bas âge et d'avoir un confident avec lequel on parle de choses intimes sont des variables liées à l'utilisation de moyens contraceptifs. Pareillement, Loignon (1996) atteste que la présence d'un interlocuteur privilégié, une personne avec laquelle l'adolescent a établi un lien de confiance, favorise une attitude plus ouverte à l'égard de la contraception et vient ainsi démystifier tout ce qui entoure la sexualité. Certaines de nos adolescentes confrontées à une grossesse imprévue se donnèrent naturellement ce rôle auprès de

parentes ou de connaissances moins âgées en imitant ainsi le principe reconnu de la formation par les pairs. Nul doute qu'une approche éducative basée sur la participation de jeunes dans toutes ses étapes, que ce soit son élaboration ou sa réalisation, augmenterait d'une part le nombre de références comportementales disponibles et, d'autre part, la crédibilité et l'appropriation du contenu.

En définitive et conformément aux objectifs de l'étude, l'identification des représentations sociales des adolescentes vis-à-vis de la contraception nous permet de mieux comprendre le sens, les croyances et les valeurs implicites partagées par cette population distincte ; un sens commun qui les guide dans leurs choix et leurs conduites contraceptives. Cette compréhension pénétrante peut maintenant orienter l'identification de prémisses et de modalités d'interventions d'un programme d'éducation à la santé visant à contrer l'échec contraceptif et ainsi prévenir la grossesse adolescente :

- Une approche qui envisage la contraception et la prévention des MTS/sida comme deux entités distinctes;
- Un contenu qui tient compte de la sexualité dans toute sa globalité et sa complexité;
- La promotion d'une éducation sexuelle précoce et antérieure aux changements amorcés par la nubilité;

- La poursuite des efforts éducatifs sans discontinuité et pendant tout le développement de l'adolescence;
- L'implication manifeste des jeunes dans tous les paliers d'interventions soit de la conception à la présentation des programmes;
- Un effort pour améliorer les connaissances sur la physiologie reproductive, la fertilité et les méthodes contraceptives ainsi que pour ébranler les mythes et les croyances erronées sur la question;
- La valorisation du délai à l'implication sexuelle;
- Une pédagogie axée sur une co-construction des savoirs c'est-à-dire basée sur une participation active des jeunes à la construction et à l'apprentissage des connaissances;
- Une approche qui tient compte du vécu des jeunes et de leurs représentations sociales sur la sexualité et la santé sexuelle.

Si l'analyse désigne la jeunesse comme cible principale, comme Brueggeman (1999) le soutient, l'emploi du terme « jeune » est large et non statique. Les parents d'aujourd'hui sont les jeunes d'hier et nos jeunes seront les parents de demain. Toute

réussite ou échec dans le domaine de l'éducation sexuelle est donc susceptible d'affecter la société dans tout son ensemble. Malgré toutes les bonnes intentions des jeunes filles rencontrées, elles n'ont pas assimilé de compétences et de savoir faire spécifique pour dialoguer sexe et santé sexuelle avec leur future progéniture, un futur somme toute très rapproché. Les parents ont définitivement besoin d'être guidés dans leurs tâches éducatives par une éducation sexuelle complète tenant compte des caractéristiques des jeunes et de leur façon de vivre leur sexualité.

La jeunesse, le corps enseignant, les infirmières en santé publique et les organismes en santé communautaire ont signifié récemment à la Fédération pour le planning des naissances du Canada le besoin pressant d'avoir accès à une meilleure information en matière d'éducation sexuelle (Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, 1999). Cette aspiration plus que légitime requiert toutefois la formation des éducateurs, d'une part à une pédagogie qui encourage l'élaboration d'une compréhension commune et réflexive sur les connaissances apportées et, d'autre part, à la psychologie se rapportant à cette population distincte. Malgré cela, un changement de cap a été annoncé voulant que le programme de formation personnelle et sociale soit remplacé par un programme sur les compétences essentielles (Guilbert, Dumas, Badlissi, Lemieux, Bérubé & Deck, 1999) où il n'est pas clair à ce stade que l'enseignement de la contraception y sera repris.

5.5 LIMITES ET NOUVELLES PISTES DE RECHERCHE

Il est évident que l'étude ne clôt pas le sujet de la grossesse adolescente. Le choix d'une méthode interprétative a permis une cueillette fructueuse de données significatives et riches d'enseignements cependant le nombre d'adolescentes interviewées paraît restreint dans certaines catégories. De plus, l'absence d'entrevues d'adolescentes non actives sexuellement représente une limite en soi. Ces jeunes filles détiennent en effet la méthode la plus efficace contre la grossesse non intentionnelle : l'abstinence. Une piste de recherche intéressante serait d'analyser les représentations sociales de ces adolescentes et de mieux comprendre les facteurs qui influencent leurs choix en matière de sexualité, une compréhension qui permettrait éventuellement d'orienter l'intervention éducative.

L'étude des représentations sociales de la contraception chez les jeunes filles stimule également l'intérêt d'une étude comparative auprès de leurs vis-à-vis masculin. En effet, le peu d'implication des garçons vis-à-vis de la contraception incite à explorer en profondeur le sens qu'ils attribuent à la menace d'une grossesse chez leur partenaire. Dans cette éventualité cependant, il est logique de penser que le choix d'un chercheur de même sexe faciliterait la confiance et par le fait même, l'atteinte d'une meilleure pénétrabilité des données en raison des sujets très intimes à explorer.

Parmi les suites possibles à envisager, l'élaboration d'un programme d'éducation basée sur les recommandations formulées représente une orientation à la fois

intéressante et prometteuse dans la prévention des grossesses non intentionnelles. En outre, la diffusion des résultats et de leur analyse offre de nombreuses informations très utiles pour aider les éducateurs à adapter leurs interventions éducatives et préventives auprès des jeunes en les rendant plus signifiantes et plus efficaces.

Au terme de cette analyse, il faut également reconnaître nos propres limites individuelles et professionnelles, et de la même manière, reconnaître les limites de nos responsabilités vis-à-vis des choix que les jeunes privilégient dans leur vie amoureuse. Il est tout à fait illusoire de penser tout comprendre et tout contrôler. Même la meilleure pédagogie imaginable ne peut prétendre modifier soudainement les comportements puisque les représentations sociales sont l'objet d'un travail permanent du social et leur nature est de résister aux changements. Comme le spécifiaient très justement Chagnon et Brousseau (1996, cité par Gouvernement du Québec, 1996), « il faut admettre que la sexualité ne se contrôle, ne se maîtrise ni ne se planifie aisément chez les adultes et certainement pas plus facilement chez les jeunes (p. 100).»

5.6 CONCLUSION

La grossesse non intentionnelle à cette étape de vie qu'est l'adolescence représente un événement difficile dont les conséquences sérieuses justifient amplement les préoccupations de cette recherche. Si le nombre impressionnant d'études examinant le comportement contraceptif traduit l'inquiétude et l'incompréhension manifestées vis-à-vis cette problématique sociale, l'examen de la situation montre également que les approches pédagogiques passives de l'éducation sexuelle obtiennent leurs résultats décevants parce qu'elles ne tiennent pas compte de la réalité des jeunes. La complexité inhérente à l'utilisation adéquate de la contraception indiquait clairement le besoin de mieux comprendre le phénomène socioculturel de la grossesse adolescente, mais cette fois, du point de vue même des acteurs concernés.

La théorie des représentations sociales offre véritablement l'approche globale et situationnelle privilégiée pour examiner les valeurs, croyances, normes et connaissances sur le sujet puisqu'elle tient compte de la singularité inhérente au domaine très privé de la sexualité humaine. Une enquête exploratoire ouverte permet ainsi de réaliser l'objectif principal d'accéder à la vision partagée par ce sous-groupe par rapport à la contraception, de recueillir ces données personnelles, affectives et émotives qu'aucun questionnaire n'aurait pu procurer. Seul une méthode compréhensive pouvait atteindre aussi profondément le vécu authentique des sujets, permettre l'observation en action des attitudes et des malaises insaisissables.

Le sens que les adolescentes attribuent à la contraception constitue un ensemble très complexe mais signifiant pour elles car les contradictions et l'irrationalité n'y sont en fait qu'apparentes. Leurs représentations sociales de la contraception ne correspondent pas de façon explicite à une protection contre le risque de grossesse puisqu'elles sont construites sur la base de plusieurs croyances erronées que le mode pédagogique actuel ne réussit pas à modifier.

Les adolescentes vivent leur relation amoureuse selon une spécificité et des règles de conduite qui ne coïncident pas à la version adulte. Elles ont peu de références disponibles et adéquates pour le comportement et leur mode de pensée immature impose de sérieuses contraintes pour l'utilisation et la prise en charge d'une contraception efficace.

Les résultats permettent ainsi de supporter quelques recommandations pour l'élaboration d'approches éducatives et préventives plus efficaces. En résumé, une amorce beaucoup plus précoce des programmes éducatifs devient hautement souhaitable, programmes dont les contenus tiendraient compte de la sexualité dans toute sa globalité. L'accent pédagogique devrait porter sur la co-construction des savoirs, c'est-à-dire la participation active des adolescents dans toute la démarche d'enseignement, et ce en se basant sur les représentations sociales pré-existantes des jeunes et sur leur vécu.

Pour reprendre finalement les termes d'Abric (1994), la contraception n'existe pas en elle-même, elle existe pour un individu ou un groupe et par rapport à eux. L'interprétation de la réalité et l'orientation des conduites coïncident avec les fonctions spécifiques des représentations sociales comme le résultat de la construction du savoir de l'adolescente à propos du concept contraception ou, en d'autres mots, la connaissance spécifique qu'elle possède de ce concept. Il est donc essentiel d'adopter un discours qui s'appuie sur la prise de conscience et l'expression des représentations sociales des adolescentes. Comme Desaulniers (1994) le précise, l'éducation sexuelle préventive peut en effet être envisagée comme une entreprise de modification des représentations sociales de la sexualité, une entreprise dont l'objectif est d'intégrer la prévention dans une vision positive et riche de la vie.

RÉFÉRENCES

- Abraham, C., & Sheeran, P. (1993). In search of psychology of safer-sex promotion : beyond beliefs and texts. *Health Education Research*, 8(2), 245-254.
- Abraham, C., & Sheeran, P. (1994). Modeling and modifying young heterosexuals' HIV-preventive behavior; a review of theories, findings and educational. *Patient Education and Counseling*, 23, 173-186.
- Abraham, C., Sheeran, P., Abrams, D., Spears, R., & Marks, D. (1991a). Young people learning about AIDS : a study of beliefs and information sources. *Health Education Research*, 6 : 19-29.
- Abrams, D., Abraham, C., Spears, R. & Marks, D. (1990). AIDS invulnerability; relationships, sexual behavior and attitudes among 16-19 years olds. Dans P. Aggleton, P. Davies, & G. Hart (Éds.), *AIDS : Individual, cultural and Policy Dimensions*. Falmer Press, Basingstoke.
- Abric, J. C. (1989). L'étude expérimentale des représentations sociales. Dans D. Jodelet (Éd.), *Les représentations sociales* (pp. 187-203). Paris : PUF.
- Abric, J. C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Abric, J. C. (1994b) L'organisation interne des représentations sociales : système central et périphérique. Dans C. Guimelli (Éd.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 73-84). Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Adler, N. A., Smith, L. B., & Tschann, J. M. (1998). Abortion among adolescents. Dans L. J. Beckman & S. M. Harvey (Eds.), *The new civil war : The psychology, culture, and politics of abortion* (pp. 285-298). Washington : American Psychological Association.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago, IL : The Dorsey Press.
- Anadon, M. (1999, mai). *Représentations sociales : réflexions théoriques et méthodologiques*. Communication présentée à l'ACFAS, Ottawa, Ontario.
- Association Canadienne pour la santé des adolescents (1995). *Enquête sur le contrôle des naissances à l'adolescence*. Montréal ; Gouvernement du Québec.
- Badeau, S. (1991). Département de sexologie, Université du Québec à Montréal. *Élysa: pour comprendre et agir en sexualité humaine. La sexualité en six dimensions*. Page consultée le 3 novembre 1999 : <http://www.unites.uqam.ca/dsexo>.
- Beaman, M. L. & Strader, M. K. (1989). STD patient's knowledge about AIDS and attitudes toward condom use. *Journal Community Health Nursing*, 6(3), 155-164.

- Beaulieu, D., Godin, G., Valois, P., & Martin, S. (2000). Qu'est-ce qui porte les adultes hétérosexuels à utiliser le condom ? *L'infirmière du Québec*, 7(3), 27-33.
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie*. Paris : Nathan.
- Bertaux, D. (1976). *Histoires de vie ou récits de pratiques ?* [tome 1] Rapport final de la convention CORDES, 23. (Ouvrage original en 1971).
- Bérubé, J. (1999). Prévention des grossesses non désirées : comment intervenir ? *Le médecin du Québec*, 34(6), 63-68.
- Blanchet, A. (1987). Interviewer. Dans A. Blanchet, R. Ghiglione, J. Massonnat, & A. Trognon (Éds), *Les techniques d'enquête en sciences sociales* (pp. 82-126). Paris: Dunod.
- Boroditsky, R., Fisher, W., & Sand, M. (1995). L'étude canadienne sur la contraception. *Journal SGOC*, juillet, 17(7), p. 5.
- Bouchard, C. (1989). Lutter contre la pauvreté ou ses effets? *Santé mentale au Québec*, XI (V), p. 2.
- Bouchard, P. (1993). L'échec de l'éducation sexuelle ? La situation des grossesses précoces chez les adolescentes québécoises et amérindiennes. *Cahiers de recherche du GREMF*. Québec : Université Laval.
- Boyer, G., & Martin, C. (1995). *Naître égaux et en santé : Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Bronfenbrenner, M. (1986). Ecology of the family as a context for human development : Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Brooks-Gunn, J., & Chase L. (1995). Adolescent parenthood. Dans M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting, Vol. 3 : Status and social conditions of parenting*, (pp. 113-149). Hillsdale : NJ.
- Brooks-Gunn, J. & Furstenberg, F. F., Jr. (1990). Coming of age in the era of AIDS : puberty, sexuality, and contraception. *Milbank Q*, 68 [suppl. 1], 59-84.
- Brooks-Gunn, J., & Paikoff, R. L. (1993). Sex is a gamble, Kissing is a game : Adolescent Sexuality and Health Promotion. Dans S.G. Millstein, A. C. Petersen, & E. C. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents* (pp. 180-208). New York : Oxford University Press.
- Buissonnet-Verger, G. (1991). *L'importance des parents, pairs, partenaire et professeur d'éducation sexuelle sur le comportement contraceptif à l'adolescence*. Mémoire de

maîtrise inédit, Université du Québec à Montréal.

- Cardinal-Remete, F. (1999). *Grossesse à l'adolescence : guide d'intervention pour un choix éclairé*. Québec: Éditions MultiMondes.
- Catania, J. A., Kegeles S. M. & Coates T. J. (1990). Aids Risk Reduction Model. *Health Education Quarterly*, 17(1), 53-72.
- Centre Canadien de documentation sur le VIH/sida (1999, Automne). *Prévention VIH Plus*, 1(1).
- Charbonneau, L., Forget, G., Frappier, J. Y., Gaudreault, A., Guilbert, E., & Marquis, N. (1989). *Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Cherniak, D. (1995). *Le contrôle des naissances*. Montréal : Presses de la santé de Montréal.
- Chewning, B. & Van Koningveld, R. (1998). Predicting adolescent's initiation of intercourse and contraceptive use. *Journal of Applied Psychology*, 28(14), 1245-1285.
- Christ, M. J., Raszka, V., & Dillon, C. A. (1998). Prioritizing education about condom use among sexually active adolescent females. *Adolescence*, 33(132), 735-744.
- Clement, P. (1994). Représentations, conceptions et connaissances. Dans A. Giordan *et collaborateurs* (Éds.), *Conceptions et connaissances* (pp. 15-45). Berne: Peter Lang.
- Cloutier, R. (1994, 15 octobre). Enquête ADOS, famille et milieu de vie du centre de recherche sur les services communautaires de l'Université de Montréal. *La Presse*.
- Brown, S. S., & Eisenberg, L. (Eds.) (1995). *The best intentions : Unintended pregnancy and the well-being of children and families*. Washington DC : National Academy Press.
- Conseil du statut de la femme. (1992). *Avis du conseil du statut de la femme: L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Côté, J. & Dubé, N. (1998). *Qu'est-ce qui a « rap » avec l'amour ?* Québec : Direction de la santé publique RRSSS Gaspésie Iles-de-la-Madeleine.
- Crump, A. D., Haynie, D. L., Aarons, S. J., Adair, E., Woodward, K., & Simons-Morton, B. G. (1999). Pregnancy among Urban-American Teens: ambivalence about Prevention. *American Journal of Health Behavioral*, 23(1), 32-42.
- Dawson, D. A. (1990). Trends in use of oral contraceptives. *Familial Planning Perspectives*, 22(4), 169-72.

- De Retz, C. (2001). *Les citations du monde*. <http://www.citationsdumonde.com>.
- Desaulniers, M. P. (1994). L'éducation sexuelle préventive du VIH/sida et les représentations sociales du corps et de la sexualité. Dans N. Chevalier, J. Otis, & M. P. Desaulniers (Éds.), *Éduquer pour prévenir le sida* (pp. 293-301). Beauport : Publications MNH.
- Desjardins, G. (1995). *L'amour en patience*. Québec : Presses de l'Université.
- DiClemente, R. J. (1990). The emergence of adolescents as a risk group for human immunodeficiency virus infection. *Journal of adolescent Research*, 5, 7-17.
- DiDomenico, M. (1996). *Commentaires du Conseil du statut de la femme sur les orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. Québec : Conseil du statut de la femme.
- DiGiacomo, J. P. (1986). Alliance et rejets intergroupes au sein d'un mouvement de revendication. Dans W. Doise et A. Palmonari (Eds.), *L'étude des représentations* (pp. 118-138). Paris : Delachaux & Niestlé.
- Doise, W., Clemence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyse des données*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Doise W. & Moscovici, S. (1989). *Current issues in European social psychology*. New-York : Cambridge University Press.
- Doise, W., & Palmonari, A. (Éds.). (1986). *L'étude des représentations sociales*. Paris : Delachaux & Niestlé.
- Donaldson Connelly, C. (1998). Hopefulness, self-esteem, and perceived social support among pregnant and non-pregnant adolescents. *Western Journal of Nursing research*, 20(2), 195-209.
- Dorais, M. (1985). *De la sexualité des jeunes et de ses vicissitudes : Que penser ? Que dire ? Que faire ?* Québec : Conférence prononcée au Colloque sur la sexualité des jeunes en difficultés d'adaptation.
- Dreyfus, R. (1998). Histoire de la contraception. Dans D. Serfaty (Éd.), *Contraception* (pp. 9-15). Paris: Masson.
- Dryburgh, H. (2000). Grossesse chez les adolescentes, *Statistique Canada, Rapports sur la santé*, 12 (1), numéro 82-003.
- Dupont, L. (1997). *Les représentations sociales des relations sexuelles des garçons de 15-17 ans*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Chicoutimi.

- Einstein, A. *Les citations du monde*, <http://www.citations du monde.com/>.
- Elliott, D. S., & Feldman, S. S. (1990). Capturing the adolescent experience. Dans S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold : The developing adolescent* (pp. 1-14). Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Événo, B. (Éd.) (1998) *Le Petit Larousse illustré* (nouv. éd. rev. corr. et mise à jour). Paris : Larousse Bordas.
- Fisher, B., Castle, M. A., & Garrity, J. M. (1998). A cognitive approach to patient-centered care. Dans L. J. Beckman & S. M. Harvey (Eds.), *The new civil war : The psychology, culture, and politics of abortion* (pp. 285-298). Washington : American Psychological Association.
- Fisher, W. A. , Boroditsky, R., Bridges, M. L. (1999). The 1998 Canadian Contraception Study [Numéro spécial]. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 8(3).
- Flament, C. (1994). Structures, dynamiques et transformations des représentations sociales. Dans J. C. Abric, *Pratiques sociales et représentations* (pp 37-57). Paris: Presses Universitaires de France.
- Flament, C. (1989). Structure et dynamique des représentations sociales. Dans D. Jodelet (Éd.), *Les représentations sociales* (pp. 204-219). Paris : PUF.
- Flick, U. (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales*, traduit par Anne Créau et Stéphane Vézina. Paris: L'Harmattan.
- Forget G. , Bilodeau, A. , & Tétreault, J. (1992). Facteurs reliés à la sexualité et à la contraception chez les jeunes et décrochage scolaire. *Apprentissage et socialisation*, 15(1), 29-38.
- Forget, G., Bilodeau, A., Tétreault, J., Beauregard, D., & Gagné, M. (1994). *S'exprimer pour une sexualité responsable : un projet de prévention des grossesses à l'adolescence*. Montréal: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Furstenberg, F., Moore, K. A. & Petersen, J. L. (1986). Sex education and sexual experience among adolescents. *American Journal of Public Health*, 75, 1331-1332.
- Furstenberg, F., Shea, J., Allison, P., Herceg-Baron, R., & Webb, D. (1983). Contraceptive continuation among adolescents attending family planning clinics. *Family Planning Perspectives*, 15, 211-217.
- Gagné, S. (1998). *Le deuil: une dimension méconnue de l'expérience des femmes ayant opté pour un avortement lors d'une grossesse imprévue*. Mémoire de maîtrise inédit,

Université Laval à Québec.

- Gaudreau, L. (1988, Mars). *La situation de l'éducation sexuelle au Québec et l'attitude des intervenants*. Conférence d'ouverture au Colloque du Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse, Montréal.
- Gauthier, R. (1995). *La représentation de la science chez les finissants de sciences humaines au collégial*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Chicoutimi.
- Gauthier, U. (2000, Janvier-février). Quand la contraception triomphe de l'avortement. *Le nouvel observateur*, 1838.
- Genest, F. (1992, Septembre). Techniques et contextes / L'avortement. *Santé*, 14-20.
- Gilly, M. (1989). Les représentations sociales dans le champ éducatif. Dans D. Jodelet (Éd.), *Les représentations sociales* (pp. 363-386). Paris : PUF.
- Gispert, M., Brinish, P., Weeler, K., & Krieger, L. (1984, Juillet). Predictors of repeat pregnancies among low-income adolescents. *Hospital Community Medical*, 35(7), 719-723.
- Glaserfeld, E. von (1994). Pourquoi le constructivisme doit-il être radical? *Revue des sciences de l'éducation*, XX(1), 21-27.
- Gouvernement du Québec (1996). *Guide d'animation du programme de formation parents d'accueil et prévention des MTS et du VIH-Sida chez les adolescents et adolescentes à risque*. Montréal : Gouvernement du Québec.
- Greimas, J. G. (1976). *Sémiotique et sciences sociales*. Paris: Editions du Seuil.
- Grize, J. B. (1989). Logique naturelle et représentations sociales. Dans D. Jodelet (Éd.), *Les représentations sociales* (pp. 152-168). Paris : PUF.
- Guilbert, E., Dumas, S., Badlissi, D., Lemieux, L., Bérubé, J., & Deck, W. (1999). *Programme d'accessibilité élargie de la contraception orale d'urgence (COU)*, Document inédit, Direction de la Santé Publique.
- Guillaume, J. F. (1998). *Histoires de jeunes : des identités en constructions*. Paris : L'Harmattan.
- Guimelli, C. (Éd.). (1994b). *Structures et transformations des représentations sociales*. Coll. "Textes de base en sciences sociales". Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Guimelli, C., & Rouquette, M. L. (1992, Janvier-février). Contribution du modèle associatif des schèmes cognitifs de base à l'analyse structurale des représentations sociales. *Bulletin de*

psychologie, XLV(405), 196-202.

- Hadley, A. (1998, Octobre). Contraception today. *Journal of Royal Society for the Promotion of Health conference*, 118(6), 375-377.
- Harden, A., & Willig, C. (1998). An Exploration of the discursive Constructions used in Young Adults' Memories and Accounts of contraception. *Journal of Health Psychology*, 3 (3), 429-445.
- Harter, S. (1990). Self and identity development. Dans S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold : The developing adolescent* (pp. 352-387). Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Haspels, A. A. (1994, Août). Emergency contraception : a review. *Contraception*, 50, 101-108.
- Herold, E.S. & McNamee, J. E. (1982). An explanatory model of contraceptive use among young single women. *The journal of sex research*, 18(4), p. 282.
- Hingson R. W., Strunen, L., Berlin B. M., & Heeren, T. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health*, 80, 295-299.
- Hirshfeld, M. & Leventhal, J. I. (1973). *A National State of the Art Study of Curriculum Instructional Materials for Distributive Education* [volume 1]. Philadelphia : Temple University.
- Janz, N. K., & Becker, H. M. (1984). The health belief model : a decade later. *Health Education*, 11, 1-47.
- Jodelet, D. (1984). Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie. Dans J. Moscovici (Éd.), *Psychologie sociale* (pp. 357-389). Paris : PUF.
- Jodelet, D. (Éd.). (1989). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Jodelet, D. (1989b). *Folies et représentations sociales*. Paris : PUF.
- Jodelet, D. (1991). *Les représentations sociales*. Paris : Presses universitaires de France.
- Kaës, R. (1989). Psychanalyse et représentations sociales. Dans D. Jodelet (Éd.), *Les représentations sociales* (pp. 89-114). Paris : PUF.
- Kaufmann, J. C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris : Nathan.
- Kirkman, M., Rosenthal, D., & Smith, A. M. A. (1998). Adolescent sex and the romantic narrative : why some young heterosexuals use condoms to prevent pregnancy but not

disease. *Psychology, Health & Medicine*, 3(4), 355-370.

Knutsen, M., Furnes, K., & Moen, M. H. (1999, Janvier). Not using contraception among women requesting abortion. *Tidsskr nor Laegeforen (VRV)*, 119(2), 201-203.

Lalande, R. (1994, Juillet). L'éducation du patient et les maladies cardiovasculaires, que doit-on retenir des modèles théoriques? *Le médecin du Québec*, 57-64.

Le May, G. (1993). *Les déterminants de l'utilisation du condom auprès d'une clientèle féminine étudiante de niveau universitaire*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval à Québec.

Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (2^e éd.). Québec : Guérin.

Lévesque, C. (1988, 15 octobre). Les adolescents veulent entendre parler d'amour, pas d'anatomie. *La Presse* : Montréal.

Lindsay, J., Smith, A. M., Rosenthal, D. A. (1999, Juillet-août). Conflicting advice ? Australian adolescents' use of condoms of the pill. *Familial Planning Perspective*, 31(4) : 190-194.

Loignon, C. (1996). L'adolescence bousculée. *Rapport de recherche mené dans le cadre du programme Projet Placement Carrière*. Montréal : Regroupement québécois Naissance Renaissance.

Longpré, D. (1994). *Jeunes en difficultés et prévention du sida : sortir des sentiers battus* [Programme de formation : guide du participant]. Québec: MSSS et CQCQ.

Longpré, D., & Otis, J. (1994). Le processus de planification d'un programme de prévention du VIH chez les jeunes. L'exemple de l'unité de santé publique de l'hôpital Charles Lemoine. Dans N. Chevalier, J. Otis et M. P. Desaulniers (Éds.), *Éduquer pour prévenir le sida* (pp. 179-189). Québec : MNH.

MacDonald, G. & Smith, C. (1990). Complacency, risk perception and the problem of HIV education. *AIDS Care*, 2(1), 63-68.

Maticka-Tyndale, E., Kiewying, M., Haswell-Elkins, M., Kuyyakanond, T., Anursornteerakul, S., Chantapreeda, N., Choosathan, R., Sornchai, S., Theerasobhon, M., Supornpun, A. (1994). Knowledge, attitudes and beliefs about HIV/AIDS among women in northeastern Thailand. *AIDS Education Prevention*, 6(3), 205-218.

Matteau, S. (1999, Hiver). L'éducation sexuelle des filles et des garçons : des attentes bien différentes... Comment peut-on rejoindre les garçons ? *Le petit magazine*, 1-6.

Mauss, M. (1950). *Sociologie et anthropologie*. Paris : Presses universitaires de France.

- Mayer-Renaud, M. (1993). *La problématique de la négligence à l'égard des enfants; une synthèse des causes et des conséquences*. Montréal : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.
- McLaren, A. (1998). Problèmes de planification familiale dans les pays développés : une perspective d'avenir. Dans D. Serfaty (pp.185-197), *Contraception*. Paris : Masson.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago : University of Chicago Press.
- Melançon, L. (1996, Automne). L'avortement et la vie des femmes dans une société technologique. *Frontières*, 6-10.
- Michaud, F. (1996). *La sexualité chez les jeunes*, Montréal. (Document inédit)
- Millar, W. J., Strachan, J., & Wadhera, S. (1993). Tendances relatives au faible poids à la naissance au Canada. *Tendances sociales Canadiennes*, 28, 26-28.
- Minier, P. (1995). *Les représentations de l'apprentissage : système symbolique médiateur de l'interaction parents-enseignants*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Chicoutimi.
- Morin, M. (1994). Entre représentations et pratiques: le sida, la prévention et les jeunes. Dans J. C. Abric, *Pratiques sociales et représentations* (pp. 109-144). Paris: Presses Universitaires de France.
- Morrison, D. M. (1989). Predicting contraceptive efficacy : a discriminant analysis of three groups of adolescent women. *Journal of applied social psychology*, 19, 1431-1452.
- Morrison, D. M. (1985). Adolescent contraceptive behavior : a review. *Psychological Bulletin*, 98 : 538-568.
- Moscovici, S., & Vignaux, G. (1994). Le concept de thémata. Dans C. Guimelli (Éd.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 25-72). Coll. "Textes de base en sciences sociales". Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse : son image et son public / Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1969). Préface. Dans C. Herzlich, *Santé et maladie*. Paris : Mouton.
- Nakkab, S. (1997). Adolescent Sexual Activity. *International Mental Journal of Health*, 26(1), 23-34.
- Oakley, D., Yu, M. Y, Zhang, Y. M, Zhu, X. L, Chen, W. H, & Yao, L. (1999, Mars).

Combining qualitative with quantitative approaches to study contraceptive pill use. *Journal Women's Health*, 8(2), 249-257.

Otis, J., Longpré, D., Gomez, B. & Thomas, R. (1994). L'infection par le VIH et les adolescents : profil comportemental et cognitif des jeunes de milieux communautaires différents. Dans N. Chevalier, J. Otis et M. P. Desaulniers (Éds.), *Éduquer pour prévenir le sida* (pp. 37-56). Québec : MNH.

Perkens, M. & Lacombe, E. (2000). *Atelier sur la sexualité*. Montréal : Centre de ressources et d'interventions en santé et sexualité.

Perry, C. L., Kelder, S. H., & Komro, K. A. (1993). The social world of adolescents: Family, Peers, Schools, and the community. Dans S.G. Millstein, A. C. Petersen, & E. C. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents* (pp. 73-96). New York : Oxford University Press.

Peterson, A. C., Leffert, N., & Graham, B. L. (1995). Adolescent development and the emergence of sexuality. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25, 4-17.

Pipher, M. B. (1994). *Reviving Ophelia : Saving the selves of adolescent girls*. New-York: Grosset / Putnam Book.

Poirier, J., Clapier-Valladon, S., & Raybaut, P. (1993). *Les récits de vie: théorie et pratique* (3^e éd.). Paris: Presses Universitaires de France.

Ritchot, P. (1994). Les difficultés psychologiques dans la prévention du sida auprès de certaines clientèles masculines ou le mythe de l'incroyable Hulk. Dans N. Chevalier, J. Otis, & M. P. Desaulniers, *Éduquer pour prévenir le sida* (pp. 263-275). Beauport : Publications MNH.

Rochon, M. (1997). *Taux de grossesse à l'adolescence Québec 1980 à 1995 et régions socio-sanitaires de résidence 1993-1995 et autres groupes d'âge*. Montréal : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Rogers, R.W. (1983). Cognitive and psychological processes in fear appeals and attitude change : a revised theory of protection motivation. Dans J. T. Caccioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social Physiology : a Sourcebook*. New-York : Guildford Press.

Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fears appeals and attitude change. *Journal of psychology*, 91, 93-114.

Rosenberg, M. J., & Waugh, M. S. (1998). Oral contraceptive discontinuation : A prospective evaluation of frequency and reasons. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 179 (3), 577-582.

- Rosenberg, X. (1998, Décembre). Weight change with oral contraceptive use and during the menstrual cycle. *Contraception*, 58(6), 345-349.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Rubenstein, E. (1991). An overview of adolescent development, behavior, and clinical intervention. *Families in Society*, 72, 220-225.
- Ruffiot, A. (1989). *Psychologie du sida : approches psychanalytiques, psychosomatiques et socioéthiques*. Boucherville : Éditions G. Vermette.
- Ryceck, R. F., Stuhr, S. L., McDermott, J., Benker, J., & Swartz, M. D. (1998, Winter). Adolescent egocentrism and cognitive functioning during late adolescence. *Adolescence*, 33(132), 745-756.
- Sable, X. R. & Libbus, M. K. (1998). Beliefs concerning contraceptive acquisition and use among low-income women. *Journal Health Care Poor Underserved*, 9(3), 262-275.
- Saint-Arnaud, J. (1996, Automne). Maternité, avortement et deuil. *Frontières*, 3-5.
- Samson, J. M. & Levy, J. J. (1988). *Orientations et hiérarchie des valeurs générales des valeurs sexuelles de la communauté juive francophone de Montréal*. Montréal : Département de sexologie de l'UQAM.
- Sawyer, G. R., & Pinciaro, P.J. (1998). College Students' Knowledge and Attitudes about Norplant and Depo Provera. *American Journal of Health Behavioral*, 22(3), 163-171.
- Serfaty, D. (1998). *Contraception*. Paris : Masson.
- Sihvo, S., Hemminki, E., & Kosunen, E. (1998). Contraceptives health risks women's perceptions. *Journal Psychosomatic Obstetric Gynecology*, 19 (3), 117-125.
- Sheeran, P., White, D., & Phillips, K. (1991). Premarital conception use : a review of the psychological literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 9, 253-269.
- Shulman, L. P. (1999, Mars-Avril). Oral contraception: safety issues re-examined. *International Journal Fertil Womens Medical*, 44(2), 78-82.
- Siegel, D., Lazarus, N., Krasnovsky, F., Durbin, M., & Chesney, M. (1991). AIDS knowledge, attitudes and behavior among inner city, junior high school students. *Journal of school health*, 61, 160-165.
- Snell, W. E. & Wooldridge, D. G. (1998). Sexual awareness : contraception, sexual behaviors and attitudes. *Sexual and Marital Therapy*, 13(2), 191-199.

- Speier, P. L., Méléze-D'Hospital, I. A., Tschann, J. M., Moore, P. J., & Adler, N. E. (1997). Predicting Contraceptive Vigilance in Adolescent Females : a Projective Method for Assessing Ego Development. *Journal of Adolescent Health, 20*, 14-19.
- Steward, M. (1995). *Community nursing: Promoting Canadians health*. Toronto: WB Saudners Canada.
- Tashakkori, A. & Cleaveland, B. (1990, June). Perceived peer/family effects on beliefs and intentions of college students regarding AIDS-Preventive Behaviors. *Proceedings of 47th Convention of the international council of psychologists* (pp. 2-6). Halifax : Nova Scotia..
- The Canadian consensus Conference on Contraception (1998). *Journal SGOC, 20*, 5-8.
- Tremblay, M. A. (1968). *Initiation à la recherche dans les sciences humaines*. Montréal : McGraw-Hill.
- Turcotte, D. (1994). *Facteurs relatifs à l'adoption de comportements préventifs et contraceptifs dans une population d'adolescents*. Mémoire de maîtrise inédite : Université du Québec à Chicoutimi.
- Valois, P., Godin, G., & Desharnais, R. (1991). Théories de prédiction du comportement /la théorie de l'action raisonnée /la théorie du comportement interpersonnel /la théorie du comportement planifié. *Monographies en mesure et évaluation, 4*(1).
- Van Hooff, M. H., Hirasing, R. A., Kaptein, M. B., Koppenaal, C, Voorhorst, F. J., & Schoemaker, J. (1998). The use of oral contraceptives by adolescents for contraception, menstrual cycle problems or acne. *Acta Obstetrical Gynecology Scand, 77* (9), 898-904.
- Veillette, S., Perron, M., Gaudreault, M., & Richard L. (1997). *Habitudes de vie et comportements à risque pour la santé des jeunes du secondaire*. Jonquièrre : Groupe Écobes.
- Vignaux, G. (1988). *Le discours acteur du monde : énonciation, argumentation et cognition*. Paris : OPRRYS.
- Werner P. D., & Middlestadt, S. E. (1979). Factors in the use of oral contraceptives by young women. *Journal of Applied social Psychology, 9*(6), 537-547.
- Wilkins, J., Onetto, N., & Frappier, J. Y. (1981). La sexualité à l'adolescence : phénomène pluridimensionnel. *Union médicale, 110* (3), 186-189.
- Whitley, B. E., & Schofield, J. (1986). A meta-analysis of research on adolescent contraceptive use. *Population and Environment, 8*, 173-203.

Young Pistella, C. L., & Bonati, F. A. (1998, Mars-Avril). Communication about sexual behavior among woman, their family, and peers. *Families in Society*, 206-211.

ANNEXE 1

CANEVAS D'ENTREVUE

Information-éducation

Peux-tu me parler des premières informations que tu as reçues sur la sexualité et la contraception ?

Dans quel contexte était-ce ?

Comment te sentais-tu en recevant ces informations ?

Qu'as-tu retenu de cela ?

Éducation parentale

Quelle attitude adoptent tes parents vis-à-vis de la sexualité en général ?

Quand ils te parlent de la sexualité et de la contraception, comment le font-ils? Combien de fois y a-t-il eu discussion sur le sujet ?

Comment te sentais-tu pendant et après ?

Autres sources d'informations

Comment considères-tu l'information reçue sur le risque de grossesse par les amis, brochures, à la télévision ?

En quoi cette information t'a-t-elle aidé ?

Puberté

Comment s'est passé ta puberté ? Comment as-tu vécu ces changements dans ton corps, tes premières attirances sexuelles, premiers amours ?

Quelles sont les préoccupations des garçons et des filles vis-à-vis de la reproduction et de la contraception à cet âge?

Est-ce que vous parlez de vos expériences sexuelles? Comment le faites-vous?

La crainte d'une grossesse est-elle présente ? Explique.

Coïtarche

Quel étais l'âge moyen de la 1^{ère} relation sexuelle parmi ton groupe d'amies ?

Quel effet cela a-t-il lorsque les copines commencent à avoir une vie sexuelle active ?

Peux-tu me dire dans quel contexte se vivait généralement ces premières relations sexuelles ?

La crainte d'une grossesse est-elle présente alors ?

Comment envisageais-tu ta première relation sexuelle ?

En avais-tu parlé à quelqu'un ?

Est-ce que la possibilité d'une grossesse était présente dans tes préoccupations? Si oui, comment se traduisait-elle ?

Peux-tu me raconter comment tu en es venu à avoir ta première relation intime?

Est-ce que c'est ça que tu voulais faire ?

Est-ce que tu aurais aimé faire autrement ?

Est-ce que tu aurais pu faire autrement ?

Que ressentais-tu vis-à-vis de ton partenaire ?

Quels sentiments éprouvais-tu par rapport à tes parents vis-à-vis cette première relation sexuelle ? Et par la suite ?

As-tu crains de tomber enceinte à un moment donné? Quand ?

Est-ce une préoccupation que tu as abordé avec ton partenaire à un moment donné?

Avec d'autres personnes ?

Quelles démarches ou décisions as-tu faites en ce sens ?

Comment s'est poursuivie ta relation avec ce garçon ?

Quels choix ou comportements contraceptifs avez-vous adoptés par la suite, pourquoi ?

Qui a pris la décision ?

Que te souviens-tu d'avoir appris, retenu de ta première expérience ?

Normes sociales

Quelles sont en général les personnes qui approuvent le choix d'utiliser un contraceptif ?

Qui pourraient le désapprouver ?

Que pensais-tu des filles qui prenaient la pilule ou qui avaient des condoms sur elles ?

Est-ce une opinion partagée par les adolescents ?

Quelle influence a l'opinion du partenaire ?

Y a-t-il d'autres personnes qui ont une influence ?

De quelle façon les garçons parlent-ils de la contraception ?

Toujours pour comprendre les difficultés, les pressions, les exigences et les décisions que comporte le besoin de se protéger d'une grossesse, peux-tu me raconter comment se sont enchaînées les autres expériences sexuelles ?

Selon toi, les adolescentes ont-elles toujours des relations sexuelles d'un commun accord avec leur partenaire ?

Moyens contraceptifs

Les filles ont-elles des craintes à utiliser la pilule ?

Y a-t-il d'autres moyens, d'autres trucs que les adolescentes connaissent et utilisent pour ne pas tomber enceinte ?

Comment les apprend-on ces « trucs » ?

Est-ce que la connaissance du cycle menstruel est utile pour de ne pas tomber enceinte ?

Comment ?

Quel est le premier choix comme contraceptif, pourquoi ?

Comment les utilisait-on en général (rigueur, observance) ?

Quelles sont à ton avis les raisons pour lesquelles une fille ne va pas se procurer la pilule avant toute relation sexuelle ?

Qu'est-ce qui peut aider à bien utiliser et à poursuivre l'usage des contraceptifs oraux ?

Quelles sont les obstacles?

Quelles sont les ressources qui t'ont le plus aidé ? Comment?

Que penses-tu de l'utilisation de la pilule du lendemain ?

Quand va-t-on la chercher ? Quels sont les obstacles pour se la procurer ?

Quelles sont les vrais raisons pour lesquelles les jeunes n'utilisent pas le condom ?

Si c'est le condom qui est choisi, qui en parle, comment et quand ?

Est-ce que les filles s'impliquent généralement lorsqu'il est temps de l'utiliser ?

Est-ce que les hommes s'en servent correctement à ton avis ? Explique.

Qu'est-ce que cela signifie pour une fille de traîner des condoms avec soi ?

Certaines tendances invitent les jeunes à explorer d'autres pratiques sexuelles que la pénétration pour éviter MTS et grossesses, qu'en penses-tu ?

Comment l'alcool et les drogues influencent-ils la contraception ?

Adolescentes confrontées à une grossesse

Par rapport à ta façon de voir la contraception, qu'a changé le fait de te retrouver enceinte un jour ?

ANNEXE II

QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION

Code d'identification du sujet : _____

Date de naissance : _____

Niveau de scolarité : _____

Type d'étude en cours : _____

Occupation de la mère : _____

Occupation du père : _____

Âge de la première menstruation : _____

Âge de la première relation sexuelle : _____

Âge de la grossesse s'il y a lieu: _____

Issue de la grossesse _____

Entrevue # : _____

Date : _____

Heure début : _____

Heure fin : _____

Lieu : _____